

Compte rendu type pour un bilan audiologique

A joindre au certificat médical destiné à la Maison Départementale des Personnes Handicapées

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/..../....

Date du bilan :

Diagnostic principal :

Date de début des troubles :

Pathologies associées :

Evolution prévisible des troubles : amélioration stabilité aggravation non définie

➤ Prise en charge et aménagements proposés :

• Traitements médicamenteux, chirurgical, rééducation :

• Appareillage : Primo appareillage OD OG Type Prothèse auditive Implant cochléaire
Renouvellement OD OG Implant ancrage osseux(BAHA) Autre :

• Tolérance et port de l'appareillage (*préciser*) :

• Aides techniques spécifiques (*préciser*) :

• Aménagement de la scolarité ou du poste de travail (*préciser*) :

➤ Symptômes associés et fréquence :

- Acouphènes non oui (*préciser*) :
- Vertiges non oui (*préciser*) :
- Troubles du langage non oui (*préciser*) :
- Autres non oui (*préciser*) :

➤ Retentissement fonctionnel des troubles auditifs :

→ Difficultés actuelles de communication sans appareillage :

En face à face (ambiance calme, 2 personnes)

En ambiance bruyante (intérieur ou extérieur) ou en groupe

Préciser les situations, les conséquences et les stratégies :

→ Utilisation des appareils de communication et sonores :

Sans moyen de compensation

Avec

Stratégies et moyens de compensation (*préciser*) :

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Conversation téléphonique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Télévision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Radio / Musique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sonnette / Sonnerie / Réveil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alarmes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

→ Retentissement sur la vie personnelle, sociale, scolaire et professionnelle :

→ Modes de communication :

Orale Lecture labiale LPC LSF Autre :

Merci d'avance de bien vouloir compléter les audiogrammes tonal et vocal au verso et joindre tous les bilans et comptes-rendus spécialisés et de rééducation.

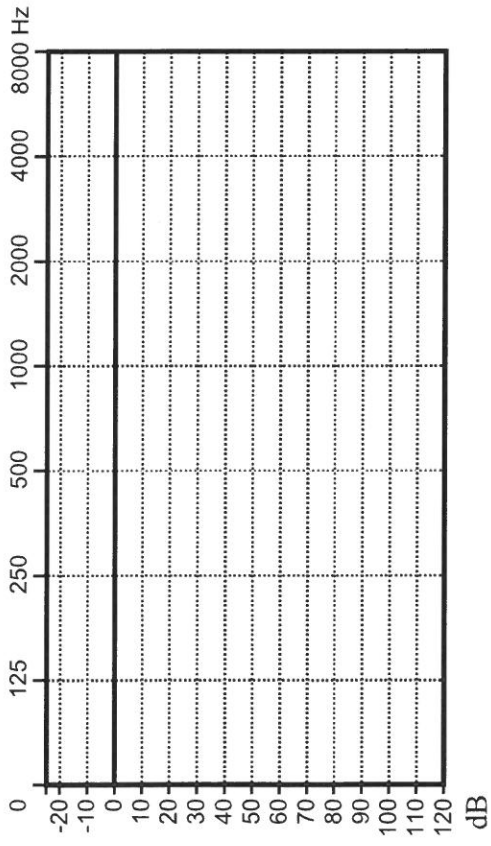
A

Le

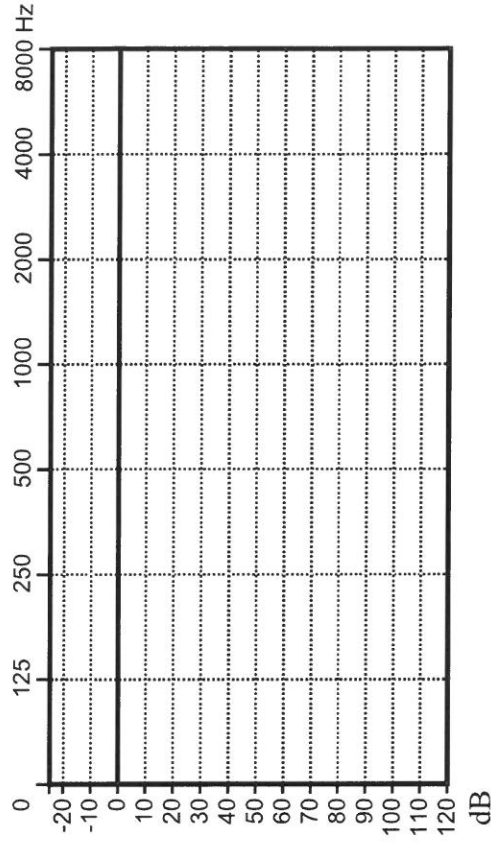
Cachet

Signature :

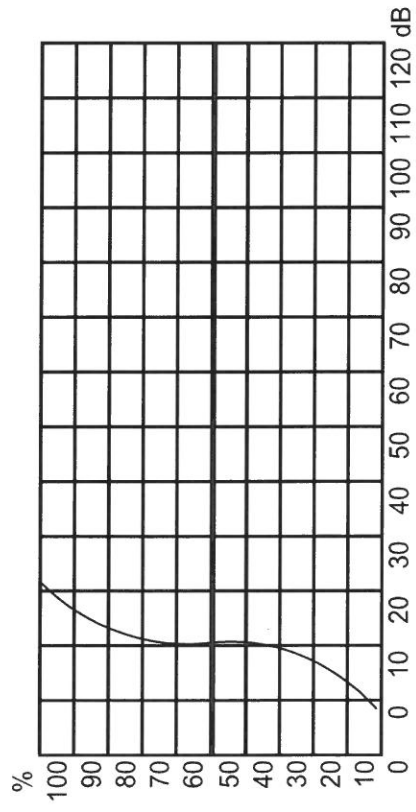
Audiogramme tonal sans appareillage OD



Audiogramme tonal sans appareillage OG



Audiogramme vocal sans appareillage



Au casque : OD OG Champ libre