

200, rue Front Ouest Toronto ON M5V 3J1

Rapport de consultation ORL

ONTARIO contre les accidents du travail			
Nom du patient	Date de la consultation (jj/mm/aaaa)		Dossier nº
Plaintes :			
Perte d'audition Étourdissement	Perte d'équilib	re	
Acouphènes Durée	Constamment	De	façon intermittente Troubles du sommeil
Exposition au bruit en milieu de travail			
Type de travail			
Proctecteurs auditifs			Nombre d'années d'exposition
Loisirs ou activités bruyantes (p. ex. chasse, motoneige)			
Armes à feu : type	nombre d'années épaulem	nent	nombre de coups par année
Médicaments ototoxiques : (énumérez)			
Traumatismes crâniens :			
Antécédents familiaux			
Allergies			
Intervention chirurgicale dans l'oreille			
Examen :	Oui Non		
- conduits auditifs externes	normal U		
- membranes du tympan	normal U		
- caisse du tympan	normal		
- audiogramme (lecture à 500,1000, 2000, 3000 Hz)	Oui Non		
	ci-joint		
- évaluations précédentes	ci-jointes		
- audiogrammes précédents	ci-joints		
Diagnostic ou constatations			
Autres troubles ou examens			
Facturation des professionnels de la santé			
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)	Nº de carte Santé	Code	Code de service M647
Adresse	Ville	Prov.	Nº de fournisseur de la CSPAAT
Signature du professionnel de la santé	Télécopieur		Votre numéro de facture
CODE D'HONORAIRES M650 pour l'inclusion des copies des rapports de consultation ou			N° d'inscription à la TVH
audiogrammes précédents			Montant de TVH facturé