

Remplir en entier à l'encre **noire** en caractères d'imprimerie.

Numéro de dossier

A. Renseignements sur le travailleur et l'emploi

Nom de famille		Prénom		Initiale
Date de naissance	jj	mm	aaaa	Nombre total de visites (de la dispensation au suivi d'évolution) <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> 5 ou plus
<input type="checkbox"/> Le travailleur a terminé le Programme de soins pour perte auditive due au bruit		OU	<input type="checkbox"/> Le travailleur n'est pas revenu ou a quitté volontairement le programme de soins	
<input type="checkbox"/> Le travailleur a pris sa retraite		OU	<input type="checkbox"/> Le travailleur est au travail	
				Titre de poste

B. Renseignements sur le professionnel de la santé

<input type="checkbox"/> Audiologiste		<input type="checkbox"/> Audioprothésiste		Code de service NIHLOR	
<input type="checkbox"/> Autre :		▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire. ▼			
Nom du professionnel de la santé		N° d'inscription à la TVH	Code de service	Montant de TVH facturé	
Nom de l'établissement		ONHST \$			
Adresse de l'établissement (n°, rue, app.)		N° de fournisseur à la CSPAAT			
Ville		Votre n° de facture			
Province		Date de service			
Code postal		Téléphone		jj mm aaaa	
(lors du suivi d'évolution ou utiliser la date du rapport si le travailleur n'est pas revenu)					

C. Sélection de la technologie ou de l'appareil auditifs

Fabricant		Date de la dispensation		jj	mm	aaaa
Modèle	Type	<input type="checkbox"/> Oreille droite <input type="checkbox"/> Oreille gauche <input type="checkbox"/> Deux oreilles				

D. Questionnaire sur les résultats des prothèses auditives

Rempli par le travailleur? Oui, voir les détails ci-dessous Non, fournir une explication :

Énoncé	Note	Énoncé	Note
Échelle : 5 (fortement d'accord) à 1 (fortement en désaccord) ou S.O.		Échelle : 5 (fortement d'accord) à 1 (fortement en désaccord) ou S.O.	
1. Je peux insérer les piles dans mes prothèses auditives.		9. Je m'habitue au son de ma voix lorsque je porte mes prothèses auditives.	
2. Je peux différencier la prothèse auditive droite de celle de gauche.		10. Je peux comprendre une conversation dans un endroit calme lorsque je porte mes prothèses auditives.	
3. Je peux insérer mes prothèses auditives dans mes oreilles.		11. Je peux comprendre une conversation dans un endroit bruyant lorsque je porte mes prothèses auditives.	
4. Je peux faire fonctionner toutes les commandes de mes prothèses auditives (boutons, interrupteurs).		12. Je peux comprendre ce qui se dit au téléviseur lorsque je porte mes prothèses auditives	
5. Je peux utiliser la télécommande ou les autres accessoires de mes prothèses auditives.		13. Je peux comprendre une conversation téléphonique lorsque je porte mes prothèses auditives.	
6. Je peux nettoyer et entretenir mes prothèses auditives.		14. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de mes prothèses auditives.	
7. Je m'habitue à la qualité sonore de mes prothèses auditives.		15. Aimeriez-vous décrire une autre situation reliée à l'utilisation de vos prothèses auditives? (La décrire)	
8. Je m'habitue à la sensation produite par mes prothèses auditives dans mes oreilles.			

Nom de famille	Prénom	Numéro de dossier
----------------	--------	-------------------

E. Obstacles à l'utilisation des prothèses auditives (veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent)

- Aucun
 État de santé
 Social
 Cognitif
 Autre

Veuillez fournir des précisions :

F. Services auditifs fournis (veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent)

1. Évaluation

- Test audiométrique (si non mené dans les six derniers mois)
 Évaluation des besoins de communication
 Counselling pré-ajustement et information pour les travailleurs
 Sélection de la technologie auditive appropriée
 Ordonnance * **En garder une copie au dossier**
 Autre, veuillez préciser :

3. Suivi initial (deux à quatre semaines après ajustement)

- Reprogrammation
 Ajustements physiques
 Nettoyage, réparation et remise en état au besoin
 Éducation du travailleur et instructions
 Autre, veuillez préciser :

2. Dispensation et ajustement (une à deux semaines après évaluation)

- Vérification par l'écoute et mesures électroacoustiques
 Programmation des prothèses auditives
 Ajustement physique et qualité sonore des prothèses auditives
 Instructions sur les prothèses auditives
 - Insertion et enlèvement des instruments
 - Piles (taille, façon de les changer et de les jeter)
 - Modes d'utilisation/ajustement
 - Manipulation des télécommandes/fonctions et des accessoires spéciaux
 - Accès aux multiples programmes pour les diverses situations d'écoute
 - Utilisation du téléphone
 - Couplage avec une aide de suppléance à l'audition
 - Entretien routinier, entreposage sécuritaire, information de garantie Éducation du travailleur (p. ex., counselling, éducation, information et soutien social)
 Vérification au moyen des mesures au tympan * **En garder une copie au dossier**
 Fourniture des piles pour la première année d'utilisation
 Autre, veuillez préciser :

4. Suivi d'évolution (90 jours après ajustement)

- Validation : Remplissage du *Questionnaire sur les résultats des prothèses auditives*
 Validation : Données de l'utilisation des prothèses auditives :
 _____ heures par jour

Commentaires :

- Reprogrammation et ajustements physiques
 Nettoyage, réparation et remise en état au besoin
 Éducation du travailleur et instructions
 Autre, veuillez préciser :

G. Signature du fournisseur de soins auditifs

Le dossier du travailleur contient : Ordonnance Vérification au moyen des mesures au tympan

À soumettre avec le présent rapport : Facture du fabricant (si pas déjà soumise) Questionnaire sur les résultats des prothèses auditives

Signature	Date du rapport	jj	mm	aaaa
-----------	-----------------	----	----	------