RAPPORT AUDIOPROTHÉTIQUE

Nom de la personne protégée : .....

Numéro d'identification : | | | | | | | | | | | | | |

Nom audioprothésiste : ..... Contact (✆ ou @) : .....

Centre/agence : ..... N° aut. établissement : .....

Date prestation : ..... Code prestataire : .....

ADAPTATION AUDIOPROTHÉTIQUE

Appareil adapté :
(Préciser D/G si nécessaire) .....

Utilisation quotidienne moyenne OD : ..... h OG : ..... h

Méthode adaptation: ..... Progression adaptation: ..... % Cible atteinte : ◉ Oui ◯ Non

Si cible non-atteinte, raison :
- ☐ Mise en confort par diminution dynamique
- ☐ Mise en confort par écrêtage fréquentiel
- ☐ Compression fréquentielle
- ☐ Anti-Larsen (à justifier)

Explications(*) :

(*) En cas de thérapie sonore, une explication succincte de l'approche thérapeutique adoptée doit obligatoirement être fournie.

RÉSULTATS AUDIOPROTHÉTIQUES

Gain audioprothétique : ☐ Méthode de calcul du gain(1): Indice vocal Adj. bruit ☐

Gain audioprothétique : avec ancien appareillage (2) ☐ Assourdissement controlatéral(3): aucun dB

Matériel vocal & langue : ..... Lecture labiale : NON

(1) gain tonal uniquement si vocale impossible *(2) obligatoire en cas de renouvellement* *(3) si app. monaural de la mauvaise oreille*

SAVE AS... CLEAR FORM

Pièces justificatives à joindre :

1) *Audiométrie tonale et vocale au casque, oreilles séparées, avec masking si nécessaire.*
2) *Audiométries vocales en champ libre avec intensités adaptées à la méthode de calcul du gain.*
3) *Mesures de l'oreille réelle, par mesures in-vivo (PMM ou RECD mesurée).*
4) *Screenshot du logiciel de programmation indiquant le nom de la personne protégée, la durée moyenne de port quotidien et la période enregistrée (min. 14j).*
5) *Questionnaire de satisfaction.*

Les audiométries et courbes in-vivo doivent être fournies de façon clairement lisible.

Les courbes doivent être en couleur, des symboles différenciés doivent être utilisés et une légende doit être jointe.

Date : ..... Signature : .....