

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE**

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	NOM	PRÉNOM
----------------------------	-----	--------

L'évaluation globale des besoins sur le plan auditif a été faite le :

Année Mois Jour

par

MSP (500 - 1000 - 2000 - 4000 Hz)	PRÉCISIONS
OREILLE DROITE dB HL	
OREILLE GAUCHE dB HL	

**RECOMMANDATION**

Compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'admissibilité de la personne assurée en vertu du règlement sur les aides auditives, nous recommandons l'utilisation de (des) aide(s) de suppléance à l'audition suivante :

**Transmission de textes**

TYPE(S)

REMARQUE(S)

**Transmission de sons**

Utilise déjà au moins une prothèse auditive depuis plus d'un mois  Ne possède pas ou ne peut utiliser la prothèse auditive

N.B. : JOINDRE UNE ATTESTATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE ET/OU UNE ATTESTATION D'EMPLOI ET UNE DESCRIPTION DE TÂCHE, SI REQUIS

TYPE(S)

REMARQUE(S)

**Contrôle de l'environnement**

Préciser le ou les détecteur(s).

TYPE(S)

REMARQUE(S)

SIGNATURE DE L'AUDILOGISTE	NUMÉRO	DATE ANNÉE MOIS JOUR
----------------------------	--------	-------------------------

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE**

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	NOM	PRÉNOM
----------------------------	-----	--------

L'évaluation globale des besoins sur le plan auditif a été faite le :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

par

--

MSP  
(500 - 1000 - 2000 - 4000 Hz)

PRÉCISIONS

OREILLE DROITE

OREILLE GAUCHE

dB HL

dB HL

**RECOMMANDATION**

Compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'admissibilité de la personne assurée en vertu du règlement sur les aides auditives, nous recommandons l'utilisation de (des) aide(s) de suppléance à l'audition suivante :

**Transmission de textes**

TYPE(S)

REMARQUE(S)

**Transmission de sons**

Utilise déjà au moins une prothèse auditive depuis plus d'un mois

Ne possède pas ou ne peut utiliser la prothèse auditive

N.B. : JOINDRE UNE ATTESTATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE ET/OU UNE ATTESTATION D'EMPLOI ET UNE DESCRIPTION DE TÂCHE, SI REQUIS

TYPE(S)

REMARQUE(S)

**Contrôle de l'environnement**

Préciser le ou les détecteur(s).

TYPE(S)

REMARQUE(S)

SIGNATURE DE L'AUDILOGISTE

NUMÉRO

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE**

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	NOM	PRÉNOM
----------------------------	-----	--------

L'évaluation globale des besoins sur le plan auditif a été faite le :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

par

--

MSP  
(500 - 1000 - 2000 - 4000 Hz)

OREILLE DROITE

OREILLE GAUCHE

dB HL

dB HL

PRÉCISIONS

**RECOMMANDATION**

Compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'admissibilité de la personne assurée en vertu du règlement sur les aides auditives, nous recommandons l'utilisation de (des) aide(s) de suppléance à l'audition suivante :

**Transmission de textes**

TYPE(S)

REMARQUE(S)

**Transmission de sons**

Utilise déjà au moins une prothèse auditive depuis plus d'un mois

Ne possède pas ou ne peut utiliser la prothèse auditive

N.B. : JOINDRE UNE ATTESTATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE ET/OU UNE ATTESTATION D'EMPLOI ET UNE DESCRIPTION DE TÂCHE, SI REQUIS

TYPE(S)

REMARQUE(S)

**Contrôle de l'environnement**

Préciser le ou les détecteur(s).

TYPE(S)

REMARQUE(S)

SIGNATURE DE L'AUDILOGISTE

NUMÉRO

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR