

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)	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)

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