

FORMULAIRE POUR DEPISTAGE D'AUDITION

Nom de l'Etudiant _____ Année Scolaire _____

Ecole _____
 Classe _____

Examineur Initial _____
 Date _____

Critères d'Audition : L'audiométrie-tympanométrie à sons purs. Un étudiant échoue le dépistage s'il/elle ne répond pas à une son (fréquence) à 20db niveau d'audition dans une oreille ou l'autre.

Date de Dépistage : _____

		FREQUENCE HZ			
		1000	2000	4000	
Oreille Droit	HL 20	[] Réussi [] Echoué	[] Réussi [] Echoué	[] Réussi [] Echoué	Examineur Audiometre Date D'étalonnage plus récent
Oreille Gauche	HL 20	[] Réussi [] Echoué	[] Réussi [] Echoué	[] Réussi [] Echoué	Tympanométrie: OD Tympanométrie : OG

Remarques :

- [] Dans les Limites Normales
- [] Besoin d'un Autre Dépistage (en l'espace de deux semaines)
- [] Besoin d'un Recommandation

Date de Révérification : _____

Remarques :

Résolution de Problème :

Si l'enfant ne peut pas être conditionné à l'audiométrie à sons purs, un examinateur de réponse auditive peut être utilisé.

Date : _____ [] Réussi [] Echoué
 Examineur :

FORMULAIRE POUR DEPISTAGE D'AUDITION

Formulaire Optionnel pour Procédure/Evaluation Obligatoire

		FREQUENCE HZ		
		1000	2000	4000
Oreille Droit	HL 20	<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Réussi
		<input type="checkbox"/> Echoué	<input type="checkbox"/> Echoué	<input type="checkbox"/> Echoué
Oreille Gauche	HL 20	<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Réussi
		<input type="checkbox"/> Echoué	<input type="checkbox"/> Echoué	<input type="checkbox"/> Echoué

Examineur
Audiometre
Date D'étalonnage plus récent

Tympanométrie: OD

Tympanométrie : OG

- Dans les Limites Normales
- Besoin d'un Autre Dépistage (en l'espace de deux semaines)
- Besoin d'un Recommandation