

Numéro de dossier

Nom de famille du travailleur		Prénom du travailleur		Date de naissance jj/mm/aaaa	
Adresse (numéro, rue, app., bureau ou local)		Ville	Province	Code postal	Téléphone

Les énoncés suivants visent à décrire votre capacité à utiliser vos prothèses auditives. Si un énoncé ne s'applique pas à vous, veuillez encercler S.O. (sans objet).

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

15) Aimeriez-vous décrire une autre situation reliée à l'utilisation de vos prothèses auditives?

Signature du travailleur

Date de remplissage

jj/mm/aaaa