

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

A. Renseignements sur le travailleur et l'emploi		
Nom de famille	Prénom	Initiale
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Nombre total de visites (de la dispensation au suivi d'évolution) 1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	
Le travailleur a terminé le Programme de soins pour perte auditive due au bruit OU Le travailleur n'est pas revenu ou a quitté volontairement le programme de soins		
Le travailleur a pris sa retraite OU Le travailleur est au travail	Titre de poste	

B. Renseignements sur le professionnel de la santé				
Audiologiste	Audioprothésiste	Autre		
Nom du professionnel de la santé			Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (n°, rue, app.)		Ville	Province	Code postal Téléphone
Code de service NIHLOR	Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire.			
N° d'inscription à la TVH	Code de service ONHST	Montant de TVH facturé	N° de fournisseur à la CSPAA	
Votre n° de facture	Date de service (jj/mm/aaaa) (lors du suivi d'évolution ou utiliser la date du rapport si le travailleur n'est pas revenu)			

C. Sélection de la technologie ou de l'appareil auditifs				
Fabricant			Date de la dispensation (jj/mm/aaaa)	
Modèle	Type	Oreille droite	Oreille gauche	Deux oreilles

D. Questionnaire sur les résultats des prothèses auditives	
Rempli par le travailleur?	Oui, voir les détails ci-dessous Non, fournir une explication
Énoncé - Range: Échelle : 5 (fortement d'accord) à 1 (fortement en désaccord) ou S.O.	Note
1. Je peux insérer les piles dans mes prothèses auditives.	
2. Je peux différencier la prothèse auditive droite de celle de gauche.	
3. Je peux insérer mes prothèses auditives dans mes oreilles.	
4. Je peux faire fonctionner toutes les commandes de mes prothèses auditives (boutons, interrupteurs).	
5. Je peux utiliser la télécommande ou les autres accessoires de mes prothèses auditives.	
6. Je peux nettoyer et entretenir mes prothèses auditives.	
7. Je m'habitue à la qualité sonore de mes prothèses auditives.	
8. Je m'habitue à la sensation produite par mes prothèses auditives dans mes oreilles.	
9. Je m'habitue au son de ma voix lorsque je porte mes prothèses auditives.	
10. Je peux comprendre une conversation dans un endroit calme lorsque je porte mes prothèses auditives.	
11. Je peux comprendre une conversation dans un endroit bruyant lorsque je porte mes prothèses auditives.	
12. Je peux comprendre ce qui se dit au téléviseur lorsque je porte mes prothèses auditives.	
13. Je peux comprendre une conversation téléphonique lorsque je porte mes prothèses auditives.	
14. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de mes prothèses auditives.	
15. Aimerez-vous décrire une autre situation reliée à l'utilisation de vos prothèses auditives? (La décrire)	

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

E. Obstacles à l'utilisation des prothèses auditives (veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent)

Aucun	État de santé	Social	Cognitif	Autre
Veuillez fournir des précisions :				

F. Services auditifs fournis (veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent)

1. Évaluation Test audiométrique (si non mené dans les six derniers mois) Évaluation des besoins de communication Counselling pré-ajustement et information pour les travailleurs Sélection de la technologie auditive appropriée Ordonnance * En garder une copie au dossier Autre, veuillez préciser :	3. Suivi initial (deux à quatre semaines après ajustement) Reprogrammation Ajustements physiques Nettoyage, réparation et remise en état au besoin Éducation du travailleur et instructions Autre, veuillez préciser :
2. Dispensation et ajustement (une à deux semaines après évaluation) Vérification par l'écoute et mesures électroacoustiques Programmation des prothèses auditives Ajustement physique et qualité sonore des prothèses auditives Instructions sur les prothèses auditives Insertion et enlèvement des instruments Piles (taille, façon de les changer et de les jeter) Modes d'utilisation/ajustement Manipulation des télécommandes/fonctions et des accessoires spéciaux Accès aux multiples programmes pour les diverses situations d'écoute Utilisation du téléphone Couplage avec une aide de suppléance à l'audition Entretien routinier, entreposage sécuritaire, information de garantie Éducation du travailleur (p. ex., counselling, éducation, information et soutien social) Vérification au moyen des mesures au tympan * En garder une copie au dossier Fourniture des piles pour la première année d'utilisation Autre, veuillez préciser :	4. Suivi d'évolution (90 jours après ajustement) Validation : Remplissage du <i>Questionnaire sur les résultats des prothèses auditives</i> Validation : Données de l'utilisation des prothèses auditives : heures par jour Commentaires : Reprogrammation et ajustements physiques Nettoyage, réparation et remise en état au besoin Éducation du travailleur et instructions Autre, veuillez préciser :

G. Signature du fournisseur de soins auditifs

Le dossier du travailleur contient :	Ordonnance	Vérification au moyen des mesures au tympan
À soumettre avec le présent rapport :	Facture du fabricant (si pas déjà soumise)	
	Questionnaire sur les résultats des prothèses auditives	
Nom	Signature	Date du rapport (jj/mm/aaaa)
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.		