

Veillez remplir le présent formulaire pour nous faire savoir si une patiente ou un patient a besoin de services auditifs continus après son premier ajustement ou à la fin de sa première année de participation au programme.

Le forfait de services continus commence lorsque la patiente ou le patient assiste à sa première séance d'entretien **après** la première année du programme (forfait initial).

Un prestataire de soins de santé auditive doit remplir ce formulaire et le faire signer en personne par sa patiente ou son patient.

À chaque rendez-vous, vous devez fournir à la patiente ou au patient les services minimums suivants afin de garantir le bon fonctionnement de la prothèse auditive :

- Inspection matérielle de la prothèse auditive (y compris du récepteur), réparations mineures et remplacement des pièces
- Nettoyage et entretien de l'appareil
- Examen physique de l'oreille

Quel que soit le nombre de fois qu'une patiente ou un patient consulte la clinique, veuillez remplir ce formulaire uniquement lors de la première visite, puis au 180^e jour (environ six mois) en cas de nouvelle consultation.

Pour soumettre le formulaire dûment rempli et les documents à l'appui, veuillez ouvrir une session sur wsib.ca/fr/soumettre.

Pour en savoir plus sur le Programme de services auditifs, visitez wsib.ca/fr/programmeservicesauditifs.

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

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

A. Renseignements sur la patiente ou le patient			
Nom de famille	Prénom	Initiale	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Patient(e) à la retraite Patient(e) travaillant	Titre du poste (si la patiente ou le patient travaille)		

B. Renseignements sur le prestataire de soins de santé				
Audiologiste	Audioprothésiste			
Numéro d'inscription/de permis (Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario/Association of Hearing Instrument Practitioners of Ontario)				
Nom du prestataire de soins de santé			Nom de la clinique	
Adresse de la clinique (numéro, rue, appartement)				
Ville	Province	Code postal	Téléphone	Numéro de prestataire de la WSIB

C. Forfait de services continus		
Date du premier rendez-vous pour services	Type de prothèses auditives	Numéro de série
Services obligatoires fournis :		
Inspection matérielle de la prothèse auditive (y compris du récepteur), réparations mineures et remplacement des pièces		Examen physique de l'oreille
Nettoyage et entretien de l'appareil		
Services fournis :		
Examen audiométrique	Dissolution d'un bouchon de cérumen	
Vérification au moyen des mesures au tympan	Empreinte d'oreille pour embout sur mesure	
Analyse électroacoustique	Réparations et remarques du fabricant	
Programmation		
Autres services de consultation		
Commentaires		

D. Signature du prestataire de soins de santé auditive		
Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)

E. Déclaration et signature de la patiente ou du patient		
J'ai bénéficié de tous les services mentionnés dans la section C ci-dessus, à mon entière satisfaction.		
Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)

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