

Veillez remplir le présent formulaire pour nous faire savoir si une patiente ou un patient a choisi ses prothèses auditives finales à la fin de la période d'essai (de 30 à 90 jours) dans le cadre du forfait initial. La patiente ou le patient doit remplir les sections E et G de ce formulaire, après avoir choisi ses prothèses auditives finales.

Le prestataire de soins de santé auditive doit remplir ce formulaire avec sa patiente ou son patient. La patiente ou le patient doit le signer en personne.

Pour soumettre le formulaire dûment rempli et les documents à l'appui, veuillez ouvrir une session sur [wsib.ca/fr/soumettre](https://www.wsib.ca/fr/soumettre).

Pour en savoir plus sur le Programme de services auditifs, visitez [wsib.ca/fr/programmeservicesauditifs](https://www.wsib.ca/fr/programmeservicesauditifs).

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Services initiaux – date de l'évaluation initiale :

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. Obstacles à l'utilisation des prothèses auditives (cocher tout ce qui s'applique)				
Aucun	État de santé	Vie sociale	État cognitif	Autre
Veuillez fournir des détails :				
La patiente ou le patient n'est pas revenu(e)/a cessé volontairement le Programme de services auditifs.			Date du congé volontaire (jj/mmm/aaaa)	

D. Services auditifs fournis (le prestataire de soins de santé doit remplir cette section et cocher tout ce qui s'applique)	
1. Évaluation de la patiente ou du patient :  <input type="checkbox"/> Examen audiométrique (s'il n'a pas eu lieu dans les six derniers mois) <input type="checkbox"/> Dissolution d'un bouchon de cérumen <input type="checkbox"/> Évaluation des besoins communicationnels <input type="checkbox"/> Information et counselling pré-ajustement à l'intention des patient(e)s <input type="checkbox"/> Sélection de la bonne technologie auditive <input type="checkbox"/> Ordonnance <b>*En garder une copie au dossier*</b> <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :	2. Délivrance de la technologie auditive et ajustement :  <input type="checkbox"/> Vérification par l'écoute et mesures électroacoustiques <input type="checkbox"/> Programmation des prothèses auditives (y compris le jumelage sans fil) <input type="checkbox"/> Ajustement physique et qualité sonore des prothèses auditives <input type="checkbox"/> Instructions sur les prothèses auditives <input type="checkbox"/> Insertion et enlèvement des instruments <input type="checkbox"/> Piles (taille, façon de les changer et de les jeter) <input type="checkbox"/> Modes d'utilisation/réglages <input type="checkbox"/> Utilisation de la télécommande et des accessoires <input type="checkbox"/> Accès aux multiples programmes pour les diverses situations d'écoute <input type="checkbox"/> Utilisation du téléphone <input type="checkbox"/> Entretien routinier, entreposage sécuritaire, information de garantie <input type="checkbox"/> Éducation de la patiente ou du patient (p. ex., counselling, éducation, information et soutien social) <input type="checkbox"/> Vérification au moyen des mesures au tympan <b>*En garder une copie au dossier*</b> <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

**D. Services auditifs fournis (le prestataire de soins de santé doit remplir cette section et cocher tout ce qui s'applique) (suite)**

## 3. Suivi de la période d'essai

Rééducation	Rajustement physique et légère reprogrammation
Nettoyage d'oreille et(ou) d'appareil	Autre, veuillez préciser :
Validation : Remplir la section G : Validation et questionnaire sur les résultats des prothèses auditives finales	

Nombre total de consultations (de la délivrance de l'appareil à la fin de la période d'essai)

Une ou deux consultations	Trois ou quatre consultations	Cinq consultations ou plus
---------------------------	-------------------------------	----------------------------

**E. Choix des prothèses auditives finales**

Fabricant	Modèle	Type	Numéro de série
Date de délivrance des prothèses auditives finales choisies (jj/mmm/aaaa)		Oreille droite Oreille gauche	Deux oreilles

**F. Utilisation des prothèses auditives (la patiente ou le patient doit remplir cette section)**

1. Voici quand je dois porter mes prothèses auditives (cocher tout ce qui s'applique) :

À la maison	Au travail	Dans le cadre d'activités sociales/loisirs	Autre
-------------	------------	--	-------

2. Je dois connecter mes prothèses auditives à ce qui suit (cocher tout ce qui s'applique) :

Téléphone résidentiel filaire	Téléphone résidentiel sans fil	Téléphone intelligent Android	iPhone
Autre			

3. J'ai besoin de renseignements sur le fonctionnement de mes prothèses auditives avec mes appareils ou accessoires de protection auditive :

Oui	Non	S.O.
-----	-----	------

4. Pour répondre à mes besoins liés aux prothèses auditives, je recevrai de l'aide de la part de (cocher tout ce qui s'applique) :

Ma famille	Mes ami(e)s	Une procuration	Une personne préposée aux services de soutien à la personne
Établissement de soins/d'aide à la vie autonome		Autre	

**G. Validation et questionnaire sur les résultats des prothèses auditives (au moins 30 jours et au maximum 90 jours après l'ajustement)**

Rempli par la patiente ou le patient?    Oui (consultez les détails ci-dessous)    Non (veuillez fournir une explication)

**La patiente ou le patient doit remplir ce questionnaire sur les résultats des prothèses auditives après avoir choisi ses prothèses auditives finales, au moins 30 jours et au maximum 90 jours après l'ajustement.**

Les énoncés suivants visent à décrire votre capacité à utiliser les prothèses auditives.

Échelle : 5 (fortement d'accord), 4 (d'accord), 3 (indécis[e]), 2 (en désaccord), 1 (fortement en désaccord) ou s.o.

**Note**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Je peux insérer les piles dans mes prothèses auditives.  |  |
| 2. Je peux distinguer 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. |  |

**G. Validation et questionnaire sur les résultats des prothèses auditives (au moins 30 jours et au maximum 90 jours après l'ajustement) (suite)**

12. Je peux entendre la télévision lorsque je porte mes prothèses auditives.	
13. Je peux comprendre une conversation téléphonique lorsque je porte mes prothèses auditives.	
14. Dans l'ensemble, mes prothèses auditives me satisfont.	
15. Aimerez-vous décrire une autre situation reliée à l'utilisation de vos prothèses auditives? (veuillez la décrire)	

**H. Signature du prestataire de soins de santé auditive**

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
-----	-----------	--------------------

**I. Déclaration et signature de la patiente ou du patient**

J'ai bénéficié de tous les services susmentionnés, à mon entière satisfaction.

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
-----	-----------	--------------------