

## **Demande d'opinion professionnelle sur l'appareillage auditif** (A remplir par un audiologue ou un audioprothésiste)

Madame/Monsieur \_\_\_\_\_ est présentement en cours d'évaluation de sa candidature pour un deuxième implant cochléaire. À cette fin, des données récentes sur son appareillage auditif **à l'oreille non implantée** (obtenues dans les 12 derniers mois) sont nécessaires.

Nous avons besoin des données suivantes avant de poursuivre l'évaluation :

- Mesures de vérification de l'ajustement des aides auditives (idéalement mesures au tympan)
- Audiogramme le plus récent datant de moins de 12 mois à partir duquel l'ajustement a été fait
- Opinion professionnelle quant à l'appareillage du client (ce formulaire)

**Nom du client :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

- Oreille droite
- Oreille gauche

Prothèse utilisée (marque/modèle/#série) : \_\_\_\_\_

L'ajustement de l'appareillage actuel est-il jugé satisfaisant?

- Oui
- Non      Raisons : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Est-ce que les cibles de parole amplifiée prescrites sont atteintes? (Joindre les mesures d'insertion effectuées)

- Oui
- Non

Méthode prescriptive utilisée : \_\_\_\_\_

Le client pourrait-il bénéficier d'un meilleur appareillage en fonction de ses besoins et de sa perte auditive ?

- Non
- Oui.

Quelles options techniques pourraient être suggérées? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ces options contribueraient-elles à :

- augmenter le confort d'écoute
- améliorer la compréhension de la parole dans le silence
- améliorer la compréhension de la parole dans le bruit

Quels autres changements sont attendus des options suggérées? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Autres informations pertinentes sur l'appareillage de cette personne (ex : essais d'appareillage, particularités lors de l'ajustement)? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Signature : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse du professionnel: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du professionnel : \_\_\_\_\_

Profession et numéro de membre de l'Ordre : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Nous vous remercions de bien vouloir transmettre ces informations par la poste ou par télécopieur. Aucun document ne doit être expédié par courriel.

CHU de Québec- L'Hôtel-Dieu de Québec  
Service d'audiologie (Implant cochléaire)  
a/s de Mme Nicole Gagnon  
11, Côte du Palais  
Québec (Québec) G1R 2J6  
Télécopieur. : 418-691-5377  
Téléphone. : 418-525-4444, poste 15420