

# Volet 1



cerfa  
15695\*01

Compte rendu type pour un bilan auditif à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Date du bilan : ...../...../.....

## 1 - Description de la déficience auditive

La déficience auditive est-elle congénitale?  Oui  Non

Sinon, à quel âge est elle apparue? - Âge au diagnostic: ..... - Âge au premier appareillage: .....

La déficience auditive est-elle syndromique?  Oui  Non

Si oui, quelles sont les déficiences associées? .....

### - Degré de surdité (sans correction) selon les critères de classification du BIAP:

(audiogramme tonal et vocal à compléter au verso)

OD:  Normal  Léger  Moyen  Sévère  Profond

OG:  Normal  Léger  Moyen  Sévère  Profond

Contexte évolutif:  amélioration  stabilité  aggravation  non définie

Si amélioration possible: Dans quel délai? ..... Comment? .....

### - Signes associés:

acouphènes, préciser fréquence et intensité: .....

vertiges, préciser fréquence et intensité: .....

hyperacousie, préciser fréquence et intensité: .....

- Appareillage auditif: OD:  Oui  Non Date de l'appareillage actuel: ...../...../.....

OG:  Oui  Non

Si Implant cochléaire, préciser le(s) côté(s):  OD  OG Date(s) d'implantation: ...../...../.....

## 2 - Modes de communication utilisés (au quotidien); plusieurs réponses possibles

Oral  LPC  LSF  LSF Tactile  Français Signé  Écrit  Écriture furtive ou fictive

Pictogrammes  Autre, préciser : .....  Aucune communication codée

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC...)  Oui  Non

Préciser le type d'aide: .....

Communication orale possible au téléphone sans appareillage:  Oui  Non

avec appareillage (conventionnel ou implant):  Oui  Non

## 3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

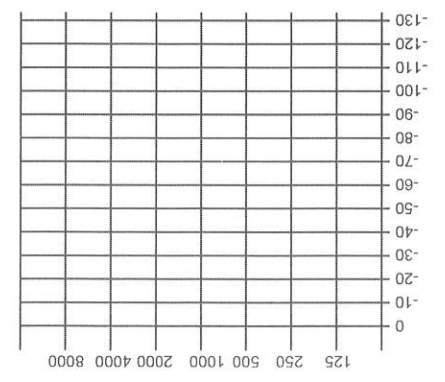
À ..... le .....

Cachet

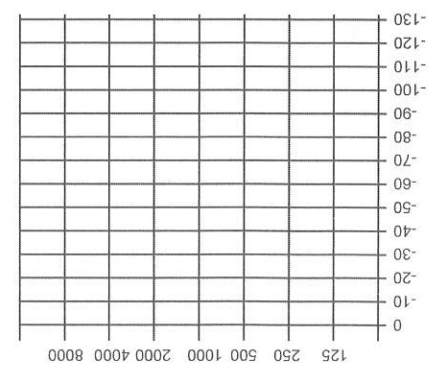
Signature:

# Audiométrie

Oreille droite



Oreille gauche



<b>WEBER</b>				
250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	4000 hz

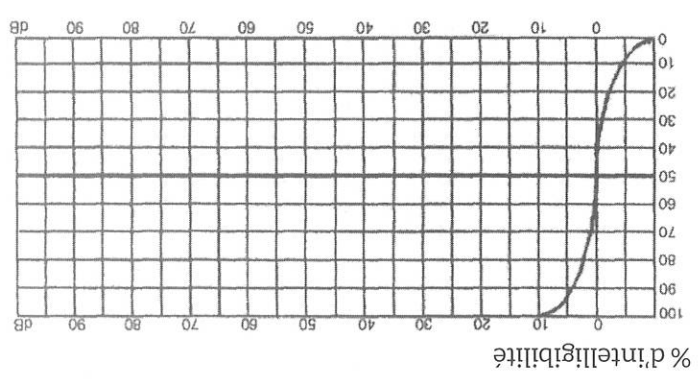
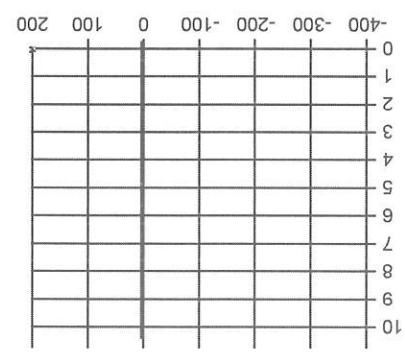


O Dite	O	CA	○
CO	□	CA	○
CO	□	CA	○

# Tympanogramme

## Test de Fournier

(listes de mots dissyllabiques) (sans appareillage ET avec appareillage conventionnel ou implant s'il existe)



# Conséquences globales sur le plan du langage

Élocution normale; niveau de langage normal.

Niveau de langage normal et difficultés d'élocution relevant des aspects suivants:

- perturbation du débit et du rythme, difficultés mélodiques et d'intonation;
- troubles d'articulation liés à la surdité;
- troubles de la voix, anormales de la hauteur, du timbre, de l'intensité, voix nasonnée.

Difficultés d'élocution comme le groupe précédent: retard de parole et/ou de langage avec notamment:

- chute de la fin des mots et difficultés de prononciation des groupes consonantiques, mots déformés;
- emploi peu fréquent des mots grammaticaux (articles, adverbes, conjonctions...), temps des verbes incorrects.

Difficultés majeures d'élocution, troubles importants du langage ou absence d'expression acoustique de la parole; au mieux parole intelligible seulement pour la famille ou les professionnels de la rééducation.