

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

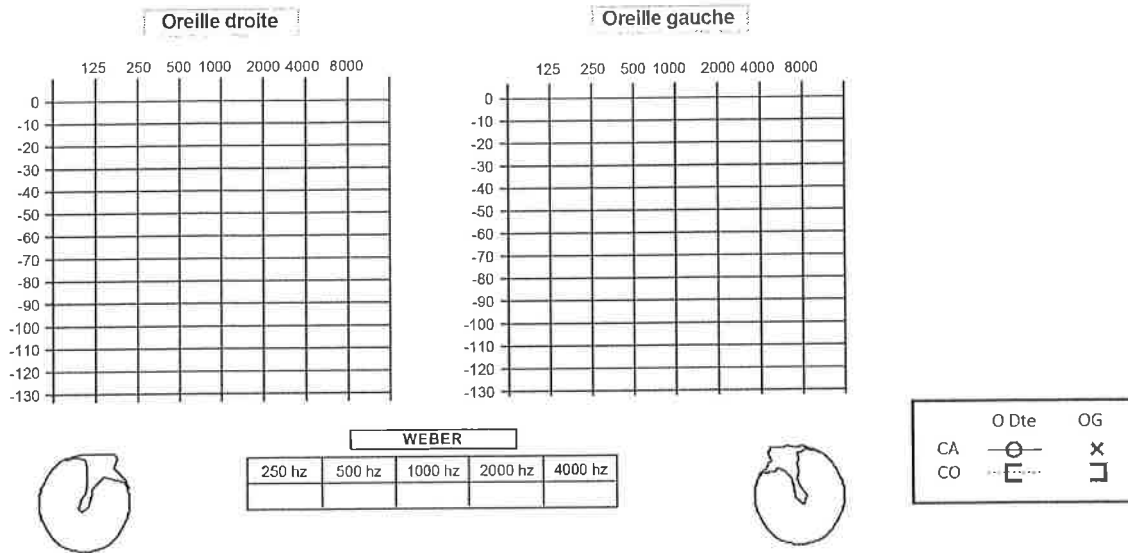
3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À _____ le _____

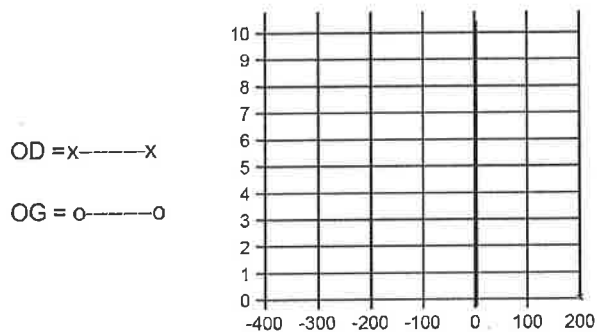
Cachet

Signature:

Audiométrie

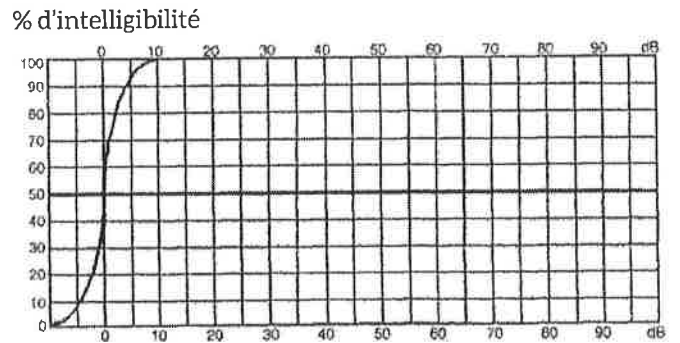


Tympanogramme



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, anomalies 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.

Volet 2



cerfa
15695*01

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

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____

Diagnostic principal : _____

Pathologies associées : _____

L'acuité visuelle de loin doit être mesurée avec la meilleure correction optique tolérée (en dehors de tout système optique grossissant) et transposée en système décimal. L'acuité visuelle de lecture doit être mesurée avec l'addition liée à l'âge et en lecture fluide.

Acuité visuelle avec correction :

Œil droit Œil gauche

- de loin (équivalent échelle de Monoyer)

- de lecture (équivalent échelle de Parinaud à 40 cm)

Remarque : les éléments suivants sont particulièrement importants à renseigner dans la mesure où ils apportent des éléments complémentaires sur l'importance de l'atteinte visuelle.

Le champ visuel binoculaire est-il normal? Oui Non (compléter le tracé au verso)

La vision des couleurs est-elle normale? Oui Non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale? Oui Non (préciser)

Autres signes cliniques : (préciser)

• Nystagmus Oui Non

• Cécité nocturne Oui Non

• Diplopie Oui Non

• Présence d'hallucinose Oui Non

• Photophobie Oui Non

Évolution prévisible des troubles: amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration : Dans quel délai? _____ Comment? _____

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle: questionnaire pratique

• Difficultés dans : (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)

- La lecture et l'écriture? Oui Non tierce personne

- La reconnaissance des visages à 1 m? Oui Non tierce personne

- Les gestes de la vie quotidienne? (ex : préparation et prise des repas...) Oui Non tierce personne

- Utilisation du téléphone et appareils de communication? Oui Non tierce personne

- Adresse gestuelle? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) Oui Non tierce personne

- Les déplacements intérieurs? Oui Non tierce personne

- Les déplacements extérieurs? Oui Non tierce personne

• Nécessité d'aides techniques spécialisées? (optique, canne blanche, autres...) Oui Non

Préciser :

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers? Oui Non

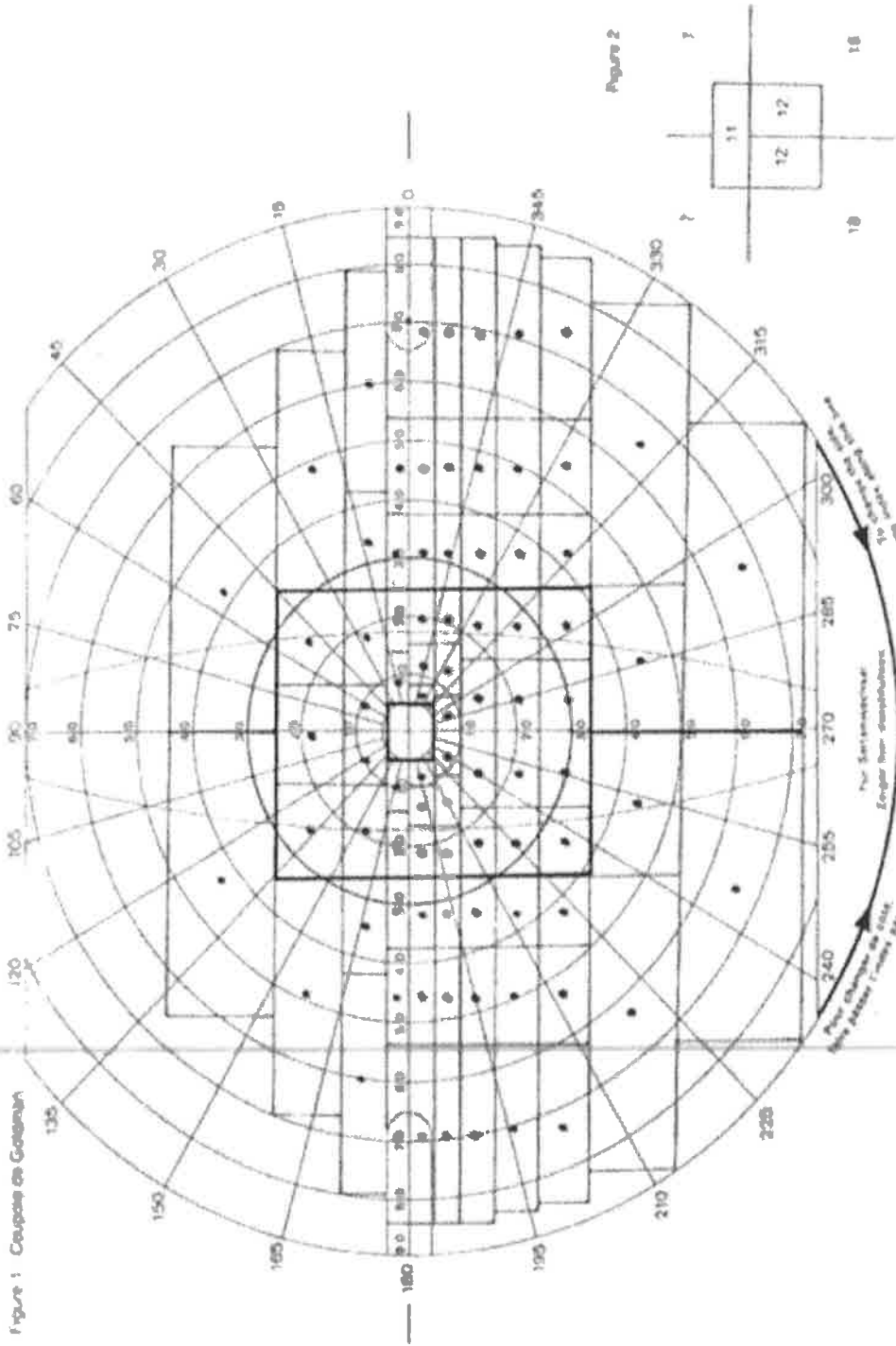
• Autres difficultés :

À _____ le _____

Cachet

Signature :

À compléter si nécessaire - Champ visuel binoculaire (Champ visuel de Goldman III 4)



Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldman avec le test III/4 sans dissociation des deux yeux (ou équivalent).