

Formulaire de première et d'ultérieure expertise pour la prescription d'appareils acoustiques

Numéro de sinistre:
Date de l'accident:

Employeur

Nom
Rue, NP lieu

Données sur la personne assurée

Prénom / Nom
Rue
NP lieu
N° AS
Date de naiss./Sexe
Téléphone

Données sur le type et la cause de l'hypoacousie (diagnostic et étiologie)

Diagnostic (le cas échéant, indiquer plusieurs causes partielles, y compris indication du côté)

Indications sur la causalité, sur les maladies concomitantes importantes, sur les particularités

Si la personne assurée ou le médecin spécialiste pensent que le cas pourrait concerner l'assurance militaire, veuillez fournir une motivation

Type et date de l'événement

Type et gravité de l'affection

Recommandations du médecin-expert *)

Premier appareillage

Appareillage suivant

Régulier Anticipé

Motivation en cas de réappareillage anticipé

Date du dernier appareillage

Répondant des coûts du dernier appareillage

Augmentation de la perte auditive binaurale totale absolue > 10%

Autres raisons

Monaural

Binaural

Appareillage standard

Appareillage complexe

Appareillage CROS

Appareillage Bi-CROS

Adaptation spéciale de l'embout/de la coque

Bruiteur seul

Installations FM / ALD

Lecture labiale et entraînement auditif

*) C'est seulement après la présentation de la prise en charge informelle de l'assureur que le fournisseur agréé (l'audioprothésiste) commence par l'adaptation comparatif de l'appareil acoustique.

Médecin expert

Nom
Rue
NP lieu
GLN, RCC
Téléphone
Mail

Date

Signature

superflu pour envoi électronique

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer les données électroniquement à Suva

Formulaire de première et d'ultérieure expertise pour la prescription d'appareils acoustiques

1. Données sur l'étendue de l'hypoacousie (cf. le chapitre 5.1. du guide)		
	droite	gauche
1.1 Perte auditive à l'audiogramme tonal (CPT-AMA)	%	%
1.2 Perte auditive à l'audiogramme vocal (indice social, Fournier)	%	%
1.3 Perte auditive binaurale totale	%	
1.4 La perte auditive totale ne peut pas être calculée, perte auditive estimée à	%	
Remarques		
2. Données sur les conditions donnant droit à l'appareillage (veuillez cocher la case correspondante)		
2.1 Perte auditive binaurale totale selon le chapitre 5 du guide, au moins 15%	Oui <input type="checkbox"/>	
2.2 En cas d'hypoacousie unilatérale: perte auditive monaurale selon CPT-AMA > 25%	Oui <input type="checkbox"/>	
2.3 En cas d'appareil monaural, indication du côté si nécessaire	droite <input type="checkbox"/>	gauche <input type="checkbox"/>
2.4 Un appareillage binaural est indiqué selon le chapitre 5.2. du guide	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
- Différence interaurale de la perte auditive selon la table CPT-AMA < 30%	Oui <input type="checkbox"/>	
- Différence interaurale de la discrimination maximale (audiométrie vocale au calme) < 50%	Oui <input type="checkbox"/>	
- Différence interaurale du seuil d'intelligibilité (50% d'intelligibilité sur les chiffres, dissyllabes ou monosyllabe) < 50dB SPL	Oui <input type="checkbox"/>	
- Pas de contre-indication pour un appareillage binaural	Oui <input type="checkbox"/>	
2.5 Motivation pour une indication exceptionnelle d'appareillage binaural		
3. Données sur l'appareillage acoustique (cf. le chapitre 6.1. du guide)		
L'appareillage complexe est nécessaire pour la (les) raison(s) suivante(s):		
3.1 Perte auditive selon CPT pour chaque oreille > 75%	Oui <input type="checkbox"/>	
3.2 Compréhension monosyllabique de la meilleure oreille discriminante à 70dB SPL < 50%	Oui <input type="checkbox"/>	
3.3 Courbe en cloche avec intelligibilité max. obtenue < 60% des deux côtés	Oui <input type="checkbox"/>	
3.4 Chute dans les hautes fréquences en pente de ski	- perte auditive (PA) à 500Hz ≤ 20dB et	Oui <input type="checkbox"/>
	- perte auditive à 2kHz ≥ 30dB et	Oui <input type="checkbox"/>
	- augmentation du seuil auditif ≥ 30dB dans la plage d'octaves de 1 à 2kHz ou de 2 à 4kHz	Oui <input type="checkbox"/>
3.5 Déficience de la vue	- vision corrigée < 0.33 ou	Oui <input type="checkbox"/>
	- besoin d'agrandissement > 1.25 ou	Oui <input type="checkbox"/>
	- champ visuel horizontal < 25°	Oui <input type="checkbox"/>
3.6 Cavité mastoïdienne radicale, état défectueux posttraumatique / Cicatrices	Oui <input type="checkbox"/>	
3.7 Handicap moteur et / ou mental	Oui <input type="checkbox"/>	
3.8 Restrictions cognitives marquées (par ex. syndrome psycho-organique post-traumatique)	Oui <input type="checkbox"/>	
3.9 Exigences professionnelles particulières (critères nécessaires, cf. la page 9 du guide)	Oui <input type="checkbox"/>	
Motivation		
3.10 Appareillage combiné avec bruiteur indiqué	Oui <input type="checkbox"/>	
Motivation		

Formulaire de première et d'ultérieure expertise pour la prescription d'appareils acoustiques

4. Motivation pour l'indication d'une forme particulière d'appareillage acoustique (cf. le chapitre 6.2.1. du guide)

4.1 adaptation spéciale de l'embout ou de la coque, appareillage CROS ou Bi-CROS

Motivation

4.2 Bruiteur seul (cf. le chapitre 6.2.3. du guide)

droite gauche

Motivation

5. Motivation pour des mesures complémentaires (cf. le chapitre 6.3. du guide)

5.1 Lecture labiale et entraînement auditif, installations FM ou autres moyens techniques auxiliaires (ALD)

Description
et motivation

6. Données ou remarques supplémentaires