

# Volet 1



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  ProfondOG:  Normal  Léger  Moyen  Sévère  ProfondContexte 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  NonSi 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 codéeNécessité 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  Nonavec appareillage (conventionnel ou implant):  Oui  Non

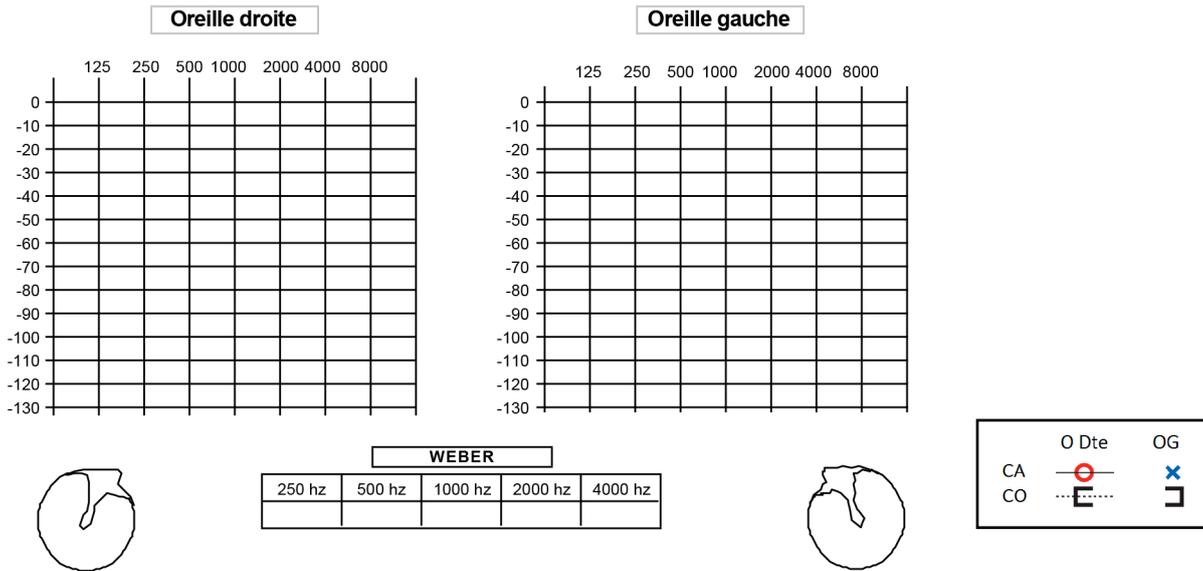
### 3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À ..... le .....

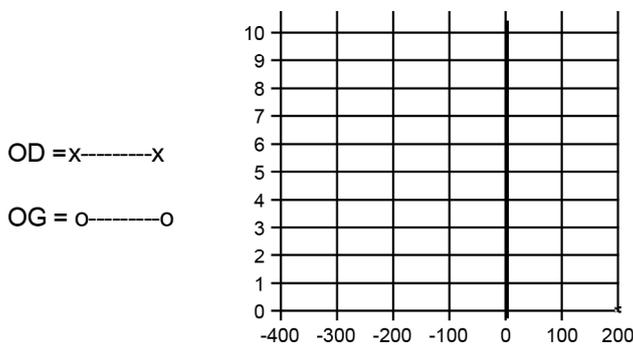
Cachet

Signature:

# Audiométrie

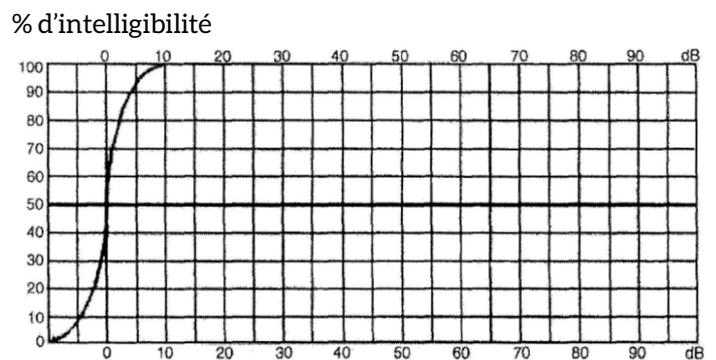


## Tympanogramme



## 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 ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - La reconnaissance des visages à 1 m ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...)       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Utilisation du téléphone et appareils de communication ?                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements intérieurs ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements extérieurs ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |

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

Préciser :

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ?     Oui     Non

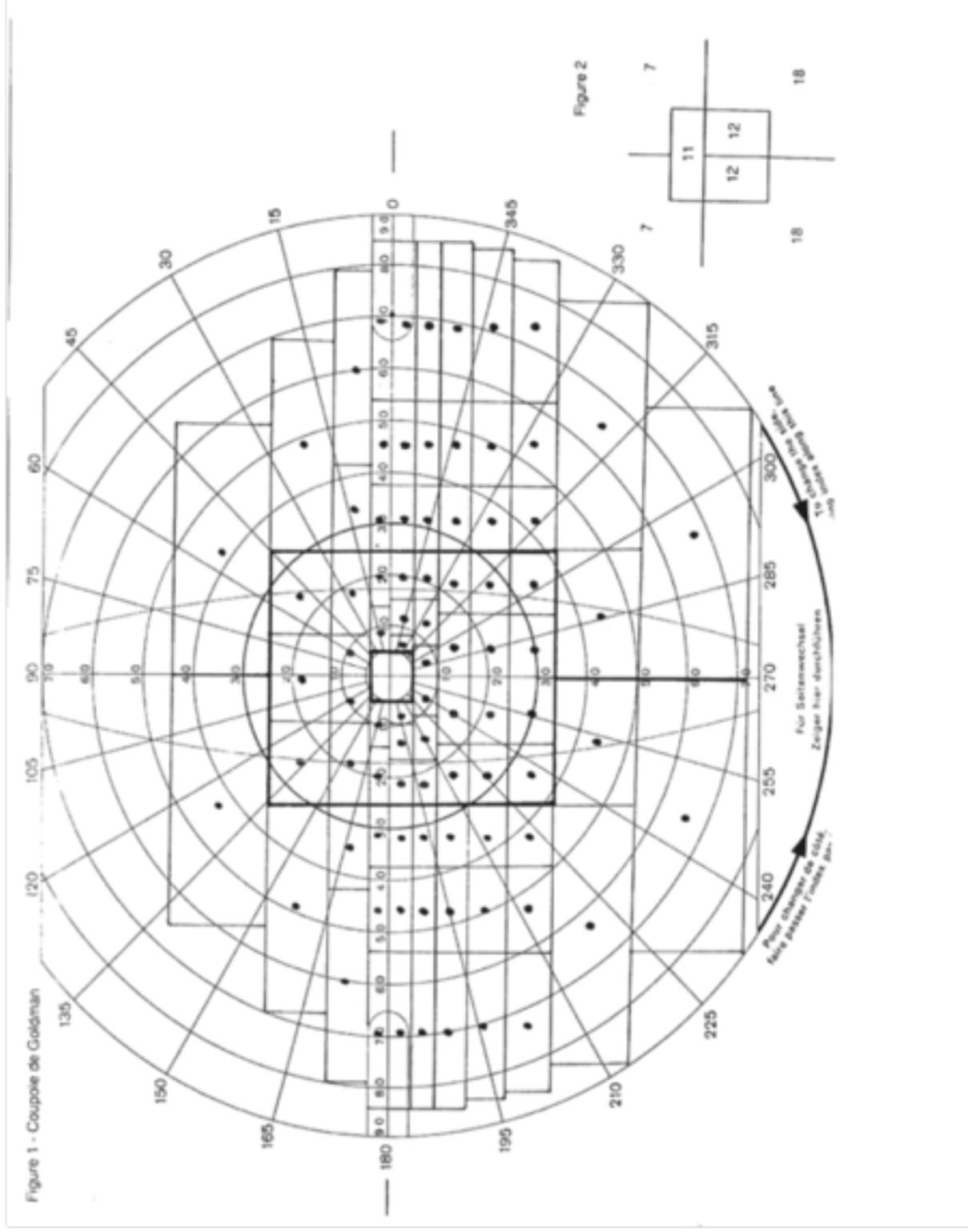
• Autres difficultés :

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).