



Formulaire d'audiogramme - Fédération Française Handisport

Ce formulaire est obligatoire pour pouvoir participer aux compétitions sur le territoire.

La confirmation de son éligibilité est réalisée par un groupe d'experts de la Fédération.

Cette classification Française n'ouvre aucun droit pour participer aux compétitions internationales.

A REMPLIR EN FRANCAIS ET EN COULEUR, AVEC SIGNATURE ET CACHET DE VOTRE MEDECIN ORL.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : Homme Femme

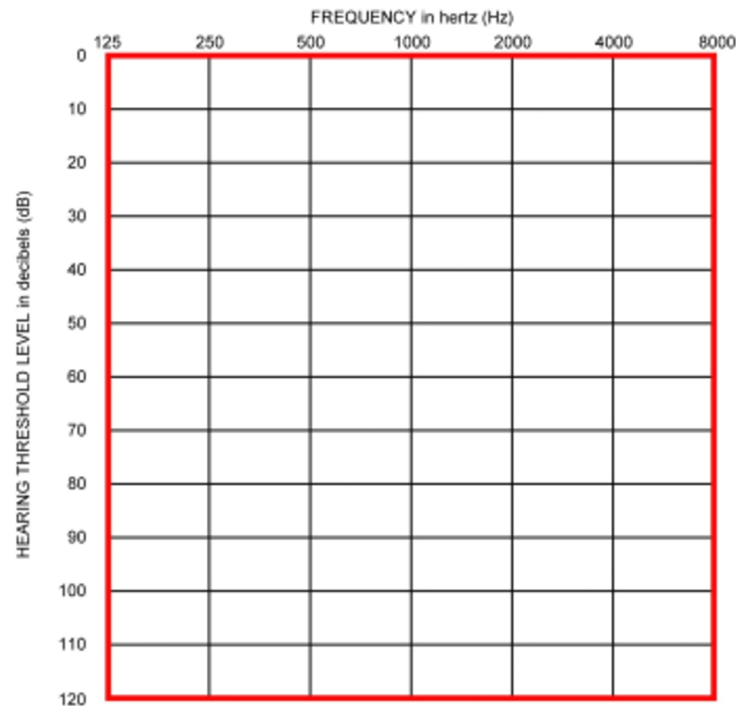
Sport(s) : _____

*Audiometer: _____ *Examiner Name: _____

*Calibration: ANSI 1969 ISO 1964
 Other: _____

*Date of Examination: _____
(day / month / year)

*AIR CONDUCTION & *BONE CONDUCTION



*IMPEDANCE TYMPANOMETRY				
Ear	Canal Vol.	Peak Comp.	Gradient	Pres. Peak
RIGHT				
LEFT				

*REFLEXOMETRY					
Side Equals Probe Ear					
RIGHT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				
LEFT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				

KEY TO SYMBOLS				
Ear	Air	Air-masked	Bone	Bone-masked
RIGHT (red)	O	△	<	[
LEFT (blue)	X	□	>]
		No Response	NR	

PURE TONE AVERAGE (500-1000-2000 Hz)		
Ear	Air	Bone
RIGHT		
LEFT		

TYPE OF HEARING LOSS (Check one for each ear with an "X")				
Ear	Sensori-neural	Conductive	Mixed	Cochlear Implant
RIGHT				
LEFT				

ICSD HOME OFFICE USE ONLY	
ID:	_____
Data Entered By:	_____
ICSD Audiologist:	_____

Commentaires : _____