

Note explicative pour remplir un formulaire d'audiogramme

Etape 1



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**
 FREQUENCY in hertz (Hz)

	125	250	500	1000	2000	4000	8000
0							
10							
20							
30							
40							
50							
60							
70							
80							
90							
100							
110							
120							

HEARING THRESHOLD LEVEL in decibels (dB)

***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					

PURE TONE AVERAGE
 (500-1000-2000 Hz)

Ear	Air	Bone
RIGHT		
LEFT		

KEY TO SYMBOLS

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

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 : _____

Document modifié sur le modèle ICSD en 2021

Etape 2

Le document doit être complètement rempli par un médecin ORL, **EN ANGLAIS, EN COULEUR, avec son cachet et sa signature**. (Informations sur les obligations du remplissage ci-dessous)

Etape 3

A la suite du rdv médical, le document, avec ses documents techniques, doit être retourné par mail (**Scanner couleur obligatoire**) au directeur sportif de la discipline pour le traitement et l'analyse de votre éligibilité. (Liste des directeurs sportifs sur le site internet de la ffh)

Etape 4

Dans les jours qui viennent, vous recevrez votre situation (Classification) pour pratiquer ou non en compétition en France.

En France, la nomenclature finale sera :

V : sportifs(ves) validé(es) par la FFH

X : Dossier à revoir par un spécialiste car à la limite de la classification minimale

DQ : Disqualifié car perte en dessous des 55dB mini

INC : dossier incomplet. Refaire la procédure car il manque des informations sur votre audiogramme.

Pour remplir au mieux son audiogramme :

Les 4 types de tests audiogramme ci-dessous doivent être remplis entièrement pour chaque oreille, y compris :

1. Conduction aérienne. Test sur 500, 1000 et 2000Hz.
2. Conduction osseuse. Test sur 500, 1000 et 2000Hz.
3. Tympanogrammes (tympanométrie). Ecrire des nombres.
4. Réflexes acoustiques (Reflexometrie). Ecrire des nombres ou NR s'il n'y en a pas.



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 FRANÇAIS ET EN COULEUR, AVEC SIGNATURE ET CACHET DE VOTRE MÉDECIN ORL.

*Required Fields

*Name: _____
Family Name (Last Name) Given Name (First Name) Other Names (Middle Name)

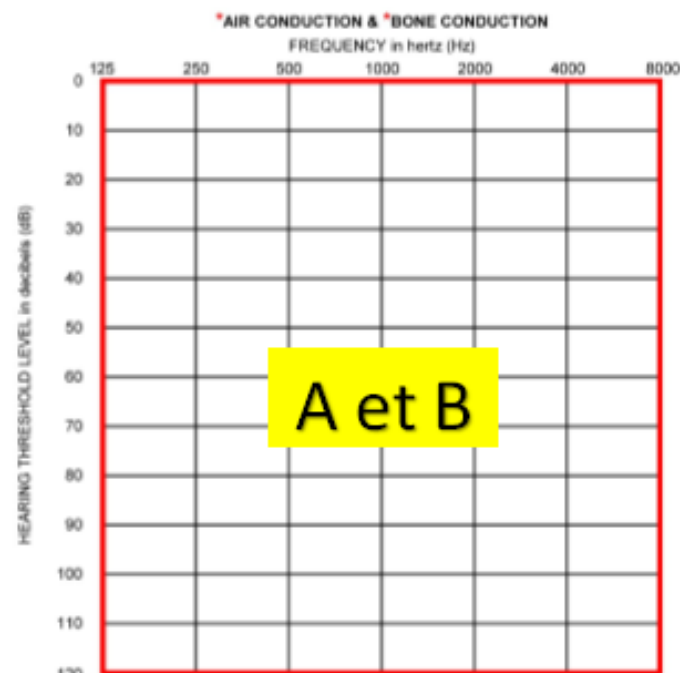
*Date of Birth: _____ *Gender: ☐ Male ☐ Female
(day / month / year)

*Sport: _____

Below is complete by audiologist only

*Audiometer: _____ *Examiner Name: _____

*Calibration: ☐ ANSI 1969 ☐ ISO 1964 *Date of Examination: _____
☐ Other: _____ (day / month / year)



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

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

*IMPEDANCE TYMPANOMETRY				
Ear	Canal Volume	Peak	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				

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

ICSD HOME OFFICE USE ONLY	
Data Entered By	
ICSD Audiologist	

Commentaires : _____

- A. Conduction aérienne - Consigner les résultats de tests d'air. Voir 2.1 ci-dessus. S'il n'y a aucune réponse à conduction aérienne, s'il vous plaît écrivez NR comme indiqué dans « Explication des symboles ».
- B. Conduction osseuse - Consigner les résultats du test osseuse. Voir 2.2 ci-dessus. S'il n'y a pas de réponse dans la Conduction osseuse, s'il vous plaît écrivez NR comme indiqué dans « Explication des symboles ».
- C. Tympanométrie - Consigner les résultats de tests de tympanométrie. Voir 2.3 ci-dessus.
- D. Reflexométrie - Consigner les résultats du test de Reflexométrie. Voir 2.4 ci-dessus.
- E. Moyenne Pure Toner - Ajouter 500, 1000, 2000 Hz et divisé par trois (3) pour l'air et les résultats des tests d'os.
- F. Type de perte auditive - Identifier le type de perte auditive en plaçant «X» en conséquence, comme indiqué sur le formulaire de l'oreille respective.
- G. Partie réservée à la FFH
- H. Commentaires – SVP notez des commentaires selon les besoins de cet athlète. S'il n'y a pas de tympanomètre ou de reflexomètre, écrivez vos commentaires en anglais.
- I. Signature et cachet OBLIGATOIRE du médecin ORL