

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: _____

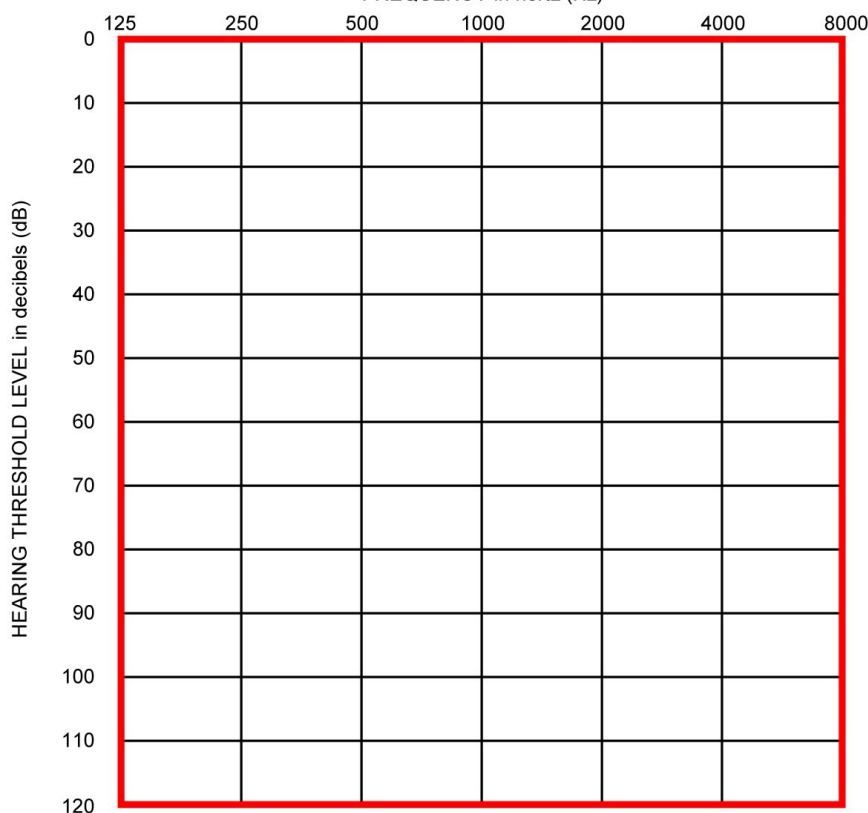
*Examiner Name: _____

*Calibration: ☐ ANSI 1969 ☐ ISO 1964
☐ Other: _____

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

***AIR CONDUCTION & *BONE CONDUCTION**

FREQUENCY in hertz (Hz)



***IMPEDANCE TYMPANOMETRY**

Ear	Canal Vol.	Peak Comp.	Gradient	Pres. Peak
RIGHT				
LEFT				

***REFLEXOMETRY**

Side Equals Probe Ear

	Stim	500	1000	2000	4000
RIGHT					
Ipsi					
Contra					
LEFT					
Stim					
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 : _____