



## 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: \_\_\_\_\_

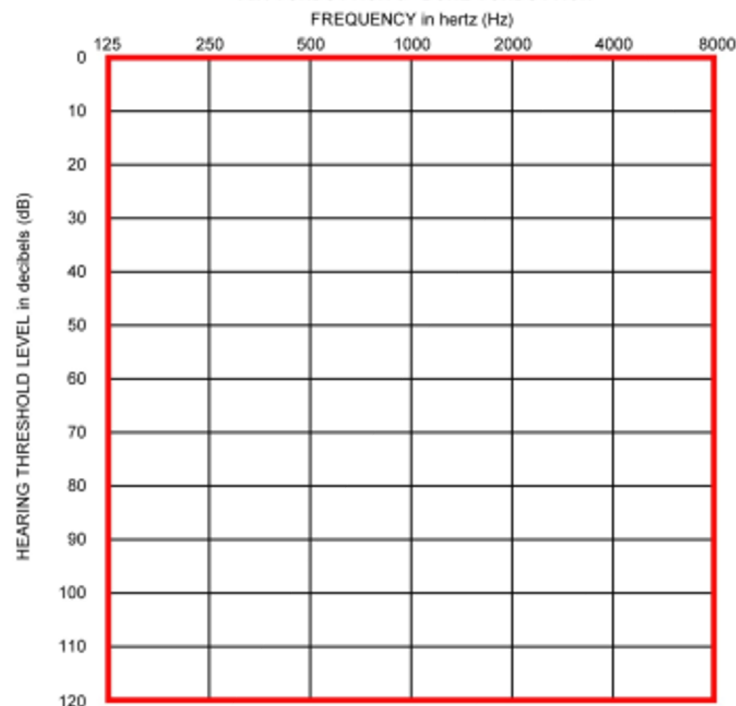
\*Calibration: ☐ ANSI 1969 ☐ ISO 1964

\*Date of Examination: \_\_\_\_\_

☐ Other: \_\_\_\_\_

(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 |      |     |      |      |      |

### 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 : \_\_\_\_\_

## 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)

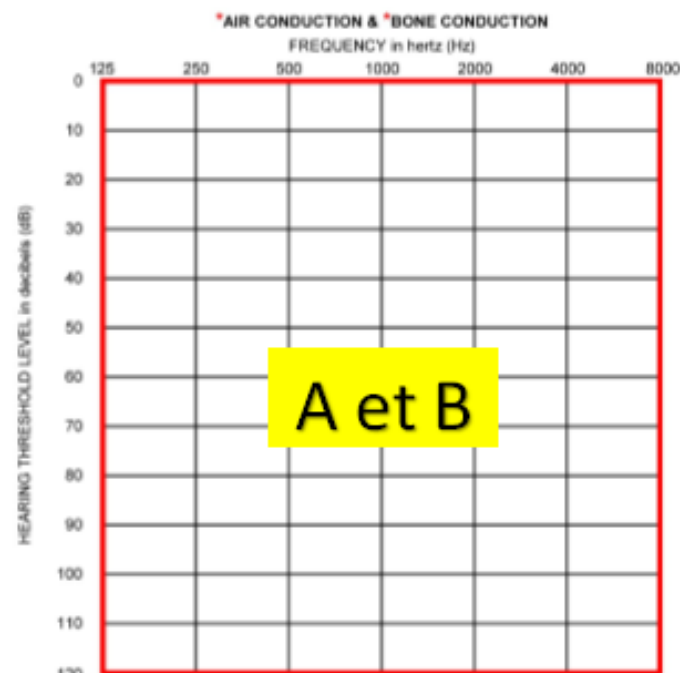
\*Date of Birth: \_\_\_\_\_ \*Gender: ☐ Male ☐ Female  
(day / month / year)

\*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<br>(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<br>Side Equals Probe Ear |        |     |      |      |      |
|----------------------------------------|--------|-----|------|------|------|
| RIGHT                                  | Stim   | 500 | 1000 | 2000 | 4000 |
|                                        | Ipsi   |     |      |      |      |
|                                        | Contra |     |      |      |      |
| LEFT                                   | Stim   | 500 | 1000 | 2000 | 4000 |
|                                        | Ipsi   |     |      |      |      |
|                                        | Contra |     |      |      |      |

| PURE TONE AVERAGE<br>(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