

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.

								1:							
Se	xe:		Hom	nme	☐ Femr	ne									
Au	diome	ter: _						*Examine	er Name:						
Ca	libratio				☐ ISO 1964		_	*Date	of Exam	nination:		(day	/ month	/ year)	
					FREQUEN	CY in hertz ((Hz)	TON							
	0 12	25	250	5	00	1000	2000	4000	8000						
						1					IMPE	Canal	Peak	OMETRY	Drae
	10		+			+-	_	-	\dashv	Ear	·	Vol.	Comp.	Gradient	Peal
	20		+			-	+		\dashv	RIGH	IT				
ls (dB)	30		+			-	+	_	\dashv	LEF	т				
cibe	40														
in de									*REFLEXOMETRY Side Equals Probe Ear						
Æ	50	_	-		_	+	_	_	_	RIGHT	Stim	-	1000	_	4000
LD LE	60		+				+		_	1	Ipsi		1000	2000	700
HEARING THRESHOLD LEVEL in decibels (dB)	70		_			-	+	_	-	(ontra				
G TH	80								_	LEFT	Stim	500	1000	2000	4000
ARIIN	-00										Ipsi				
<u></u>	90									C	Contra				
	100														
	110		\top				\top						IE AVER		
	120									Ea		_	vir	_	ne
					KEY TO	SYMBOLS	1			RIGH	ıT.				
		_	Ear	Air	Air-	masked	Bone	Bone-ma	sked						
			HT (red) T (blue)	X		Δ	>	1		LEF	т				
		LEF	· (bide)	^	No R	esponse	NR	1							
										100	D	ME OF	FIGE :	ICE O	11.37
			(C)		OF HEARIN of for each ea		**3							JSE ON	LY
	Ear	Sens	ori-neural	_	onductive		xed Cochlear Implant			Data	Ente	red By:			
R	IGHT											ologist:			
T	.EFT														

Note explicative pour remplir un formulaire d'audiogramme

Etape 1

andi port		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 REMPL	IR EN	FRANCAIS	ET EN COU	JLEUR,	AVEC	SIGNATU	JRE ET	CACHET DE VO	OTRE M	EDECIN	ORL.	
Nom : _					Pr	rénom	:						_	
Date de i	naissaı	aissance :												
Sexe : Sport(s) :		Homr		☐ Femm										
Audiome	eter:					-	*Exa	miner Na	me:					
Calibrati	on:			ISO 1964			•	Date of I	Exami	nation:	(day	/ month	/ vaari	
		Other:	_			-					(day	monin	/ year)	
		*AI		FREQUENC			ION							
o ¹	25	250				000	400	00	8000	tume				_
10										Ear	Canal	Peak	OMETRY Gradient	Drae
10									1		Vol.	Comp.	Gradient	Peak
20	Н								1	RIGHT				
30	⊢	_					\dashv		1	LEFT				
40	_								1					=
30 30 40 40 50 60 70 80 90 90										s		XOMETR Is Probe		
T T										RIGHT Stim	500	1000	2000	4000
9 60	Г								1	Ipsi				
70	H								1	Contra				
9 80	⊢						\dashv		┨	LEFT Stim	500	1000	2000	4000
<u>\$</u> 90	L								1	Ipsi				
100										Contra				
	ı								ı					
110									1	Pl		NE AVER		
120								_	Ear	<u> </u>	Vir	_	one	
	Ear		KEY TO SYMBOI Air Air-masked			Bone Bone-masked			+	RIGHT				
		GHT (red)	0		Δ	<		1		LEFT				
	LE	FT (blue)	X		sponse	NR]						
			TYPE	OF HEARING	LOSS				٦	ICSD HO	ME OF	FICE	JSE ON	ILY
F	0-	(Che	ck one	for each ear		4	Cart	lear Implant	-	Data Ente	ID:			- 1
Ear RIGHT	sen	sori-neural		onductive	Mixec		Coch	ver impiant	1	ICSD Aud	ologist:			:
LEFT														
-	res :													

Le document doit être complétement 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 <u>remplis entièrement pour chaque oreille</u>, 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 FRANCAIS ET EN COULEUR, AVEC SIGNATURE ET CACHET DE VOTRE MEDECIN ORL. *Name: Other Names (Middle Name) Given Name (First Name) Family Name (Last Name) *Date of Birth: __ *Gender: Male Female (day / month / year) *Sport: Below is complete by audiologist only *Audiometer: *Examiner Name: *Calibration: ANSI 1969 150 1964 *Date of Examination: (day / month / year) *AIR CONDUCTION & *BONE CONDUCTION FREQUENCY in hertz (Hz) 1000 0 IMPEDANCE TYMPANOMETRY Canal Peak 10 Ear Gradient RIGHT 20 30 LEFT HEARING THRESHOLD LEVEL in decibels 40 REFLEXOMETRY Side Equals Probe Ear 50 RIGHT Stim 500 1000 2000 4000 60 Ipsi A et B 70 Contra LEFT Stim 2000 4000 500 80 Ipsi 90 Contra 100 PURE TONE AVERAGE (500-1000-2000 Hz) Bone KEY TO SYMBOLS RIGHT Air Air-masked Bone Bone-masked LEFT LEFT (blue) No Response NR

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

ICSD HOME O	DEFICE USE ONLY
Data Entered B ICSD Audiologis	

Commentaires :	Н	
		Document modifié sur le modèle ICSD en 2021

- 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 cidessus.
- 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 tympanomêtre ou de reflexomêtre, écrivez vos commentaires en anglais.
- I. Signature et cachet OBLIGATOIRE du médecin ORL