



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

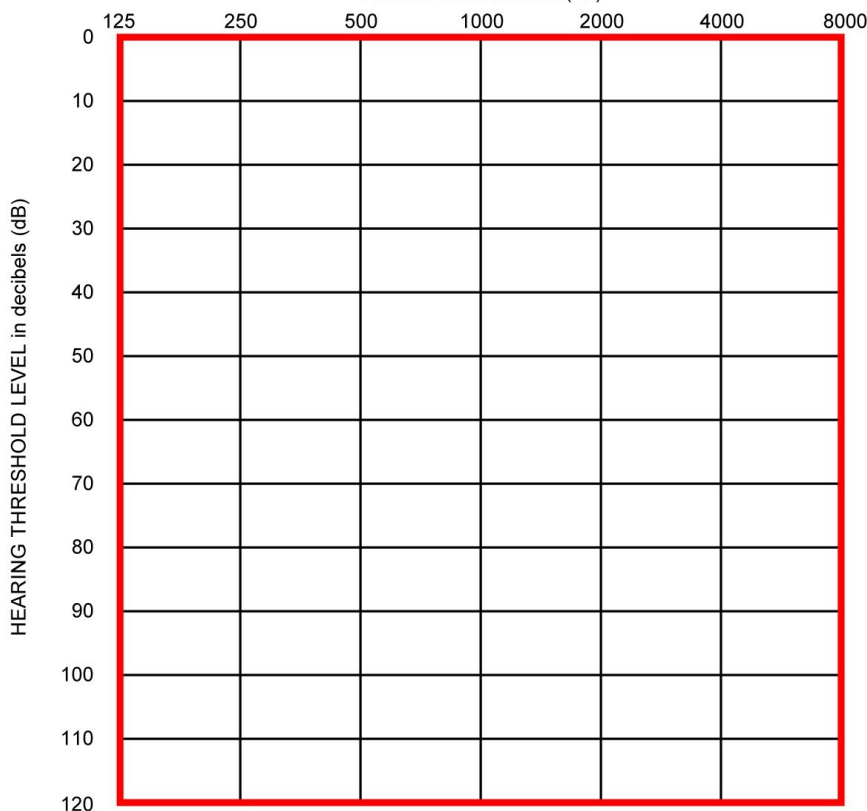
\*Examiner Name: \_\_\_\_\_

\*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					
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)	○	△	<	[
LEFT (blue)	×	□	>	]
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 : \_\_\_\_\_