



N° de dossier :	N° de décision :
N° (s) matricule(s) :	

**Questionnaire médical :
hypoacousie/affection auriculaire**

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin :		Date de l'examen :

DIAGNOSTIC MÉDICAL LIÉ À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION ET POUR LESQUELLES IL FAUT UN EXAMEN :

1. _____

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

2. _____

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

3. _____

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

Anciens Combattants Canada a besoin de renseignements très précis pour évaluer l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension du client. Comme ces renseignements ne font pas nécessairement partie des données figurant au dossier clinique, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.

Ne remplissez que les sections pertinentes.

Si vous avez besoin de plus d'espace pour consigner les renseignements fournis, veuillez utiliser la feuille réservée aux « commentaires additionnels ».

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : Décrivez les symptômes persistants en indiquant la fréquence et la durée, de même que les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement.

Lésions? Oui Non **Précisez (en indiquant les dates)**

D'autres consultations ou tests de diagnostic sont-ils en cours ou prévus? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez la nature du test et/ou de la consultation ainsi que la date du rendez-vous (si vous la connaissez).

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Otite moyenne et otite externe :

Veillez choisir l'affirmation la plus appropriée :

- Un épisode d'otite moyenne et/ou d'otite externe guérie sans récurrence.
- Symptômes occasionnels d'otite moyenne et/ou d'otite externe nécessitant un traitement périodique.
- Symptômes constants d'otite moyenne et/ou d'otite externe nécessitant un traitement continu.

Commentaires :

Le cas échéant, veuillez fournir/transmettre un audiogramme fait récemment (de préférence, ne devrait pas dater de plus de deux ans) qui présente les renseignements suivants :

1. Épreuve auditive bilatérale (mesure de l'audition par conduction aérienne et par conduction osseuse), à des fréquences de 500, 1 000, 2 000, 3 000, 4 000, 6 000 et 8 000 Hz.
2. Une indication par l'audiologiste de la fiabilité de l'audiogramme.
3. Le seuil d'intelligibilité vocale (SIV) pour les deux oreilles.
4. Une interprétation descriptive des résultats par un audiologiste clinique/inscrit ou un médecin.

Acouphènes :

Le client s'est-il plaint d'acouphènes? Oui Non

Commentaires :

Veillez choisir l'affirmation la plus appropriée :

- Acouphènes occasionnels, présents moins d'une fois par semaine (touchant une seule oreille ou les deux).
- Acouphènes occasionnels, présents au moins une fois par semaine (touchant une seule oreille ou les deux).
- Acouphènes intermittents, présents tous les jours, mais pas toute la journée (touchant une seule oreille ou les deux).
- Le client n'a pas à se servir d'un dispositif de masquage prescrit ou d'autres modalités prescrites. Le client a peut-être recours à des dispositifs non prescrits, p.ex. radio, etc.
- Acouphènes continus, 24 heures sur 24, tous les jours (une seule oreille ou les deux). Le client doit continuellement se servir d'un dispositif de masquage ou d'autres modalités prescrites.

Vertiges et déséquilibre :

Le client s'est-il plaint de vertiges ou de déséquilibre? Oui Non

Commentaires :

Veillez choisir l'affirmation la plus appropriée :

- Antécédents de vertiges et de déséquilibre, mais pas de symptômes actuels.
- Symptômes intermittents de vertiges et de déséquilibre avec ou sans observations objectives concernant par exemple le nystagmus ou l'ataxie.
- Symptômes constants de vertiges et de déséquilibre avec observations objectives à l'appui concernant par exemple le nystagmus ou l'ataxie.
- Le client peut vaquer sans aide à ses activités courantes de la vie quotidienne mais il ne peut s'adonner à des activités nécessitant de l'équilibre et de la précision, comme faire du vélo, monter dans une échelle, etc.

SI LES AVQ SONT AFFECTÉES CONTINUELLEMENT, MALGRÉ UN TRAITEMENT OPTIMAL, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION SUR LES AVQ.

VEUILLEZ JOINDRE/TRANSMETTRE DES COPIES DES RAPPORTS PERTINENTS (C.-À-D. LES RAPPORTS DE DIAGNOSTIC, DE CONSULTATION, DE CHIRURGIE ET DE LABORATOIRE, AINSI QUE DES DONNÉES SOMMAIRES SUR LES CONGÉS DES HÔPITAUX)

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

TRAITEMENT : Veuillez fournir une liste exhaustive des médicaments (précisez la posologie, la fréquence, la durée, la voie d'administration et la réaction du client au traitement) ainsi qu'une description de toute chirurgie, hospitalisation et toute autre thérapie.

COMPLICATIONS :

L'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension a-t-elle entraîné des complications? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Hypoacousie :

Veuillez fournir/transmettre un audiogramme fait récemment (de préférence, ne devrait pas dater de plus de deux ans) qui présente les renseignements suivants :

1. Épreuve auditive bilatérale (mesure de l'audition par conduction aérienne et par conduction osseuse), à des fréquences de 500, 1 000, 2 000, 3 000, 4 000, 6 000 et 8 000 Hz.
2. Une indication par l'audiologiste de la fiabilité de l'audiogramme.
3. Le seuil d'intelligibilité vocale (SIV) pour les deux oreilles.
4. Une interprétation descriptive des résultats par un audiologiste clinique/inscrit ou un médecin.

EXAMEN PHYSIQUE : (remplir uniquement la partie qui porte sur l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension)

Taille _____ Poids _____ Tension artérielle _____ Pouls _____ Respiration _____

ASPECT GÉNÉRAL :

OBSERVATIONS : Décrire toute observation pertinente.

AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES : (c.-à-d. autres affections qui pourraient contribuer à l'invalidité du patient)

Signature du médecin/de l'audiologiste :

ACC doit-il être facturé?

Oui Non

N° de tél. :

()

Date du jour :



**Questionnaire médical sur les
activités de la vie quotidienne (AVQ)**

N° de dossier : _____ N° de décision : _____

N°(s) matricule(s) : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom du médecin : _____ Date de l'examen : _____

SI APPLICABLE À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION

Activités de la vie quotidienne :
Veillez décrire l'effet des affections ouvrant droit à pension sur les activités de la vie quotidienne.
 Choisir l'énoncé qui décrit le mieux le niveau de fonctionnement actuel du client pour chacune des activités suivantes :

Activité	Autonome	Autonome (avec aides)	A besoin de rappels, d'incitations, de surveillance	A besoin de beaucoup d'assistance	Totalement dépendant d'autrui
Manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre son bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire sa toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aller à la toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se transférer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez préciser (énumérez les aides requises, précisez si la personne peut s'asseoir/se tenir debout sans aide pour exécuter la tâche, s'il y a des risques, si la personne est alitée, etc.) :

Continence/incontinence :
 Choisir l'énoncé qui décrit le mieux la situation actuelle du client relativement au contrôle de la vessie et des intestins :

	Continence (aucune assistance requise)	Rares accidents la nuit (au plus une fois par semaine)	Des accidents le jour (plus d'une fois par semaine)	Des accidents le jour (besoin de serviettes pour incontinence)	Des accidents le jour (a besoin d'assistance)	Incontinence totale
Vessie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intestins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire : veuillez indiquer le nombre de serviettes pour incontinence utilisées par jour, s'il y a lieu.

Capacités locomotrices : veuillez indiquer si le client a de la difficulté à marcher, la distance de marche et la liste des aides requises.

Douleur chronique : veuillez indiquer l'intensité de la douleur, la fréquence, les symptômes et la réaction du client au traitement.

Commentaires : prenez soin d'indiquer les autres affections en cause.

Signature du médecin : _____ Date du jour : _____

