

Nom _____

Adresse _____

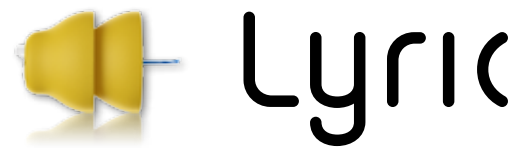
Date de naissance _____

Numéro de téléphone _____

Date _____

1/ CONTRE-INDICATIONS AUDILOGIQUES

- La perte auditive du patient ne se trouve pas dans la zone d'adaptation de Lyric
- à droite à gauche



2/ CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Otites chroniques |
| <input type="checkbox"/> Sous prescription régulière d'anticoagulant | <input type="checkbox"/> Mal d'oreille ou problèmes au niveau du maxillaire |
| <input type="checkbox"/> Peau très sèche et sensible | <input type="checkbox"/> Système immunitaire déficient |
| <input type="checkbox"/> Dermatites | <input type="checkbox"/> IRM régulier |
| <input type="checkbox"/> Allergies | |

3/ CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES

- Pratique régulière de la plongée sous-marine
- Pratique régulière du parachutisme

4/ CONTRE-INDICATIONS ANATOMIQUES

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Géométrie du conduit auditif non conforme | <input type="checkbox"/> droite | <input type="checkbox"/> gauche |
| Problèmes de peau au niveau du conduit auditif | <input type="checkbox"/> droite | <input type="checkbox"/> gauche |
| Problèmes dans la partie osseuse du CAE | <input type="checkbox"/> droite | <input type="checkbox"/> gauche |
| Anomalies de la membrane tympanique | <input type="checkbox"/> droite | <input type="checkbox"/> gauche |

5/ CONCLUSION

Le patient est-il éligible pour Lyric ? OUI NON

Signature et cachet du médecin

A remettre à votre audicien agréé Lyric