SilentCloud

Formulaire de prescription

Le groupe cible de SilentCloud est constitué de patients (adultes âgés de plus de 18 ans) souffrant d'acouphènes subjectifs.

Patient

Prénom | Nom | Date de naissance

Médecin ORL

Prénom | Nom

Évaluation des acouphènes subjectifs et objectifs

Je confirme par la présente que le patient souffre de :

☐ Acouphènes subjectifs ☐ Acouphènes objectifs

Prescription de la thérapie SilentCloud

Je prescris par la présente la gestion des acouphènes SilentCloud pour le patient ci-dessus, qui peut inclure une thérapie sonore et/ou une thérapie cognitive et comportementale basée sur Internet (iTCC) et des conseils *(cochez toutes les options qui sont applicables)*.

☐ Thérapie Sonore*(1)(2) ☐ iTCC & conseils*(1)

Date de signature | Signature et cachet de l'ORL

*Contre-indications :
(1) Troubles mentaux sévères
(2) Hallucinations auditives, Troubles auditifs symptomatiques, Morbus Meniere, Maladies du tronc cérébral, Troubles psychiatriques, Autres comorbidités graves insuffisamment traitées (par exemple : infection active, cancer malin, pathologies neurologiques actives), Troubles de l'articulation temporomandibulaire, Acouphènes objectifs, Déformation congénitale ou traumatique visible de l'oreille, Antécédents de drainage actif de l'oreille dans les 90 jours précédents, Antécédents de perte auditive soudaine ou rapidement progressive dans les 90 jours précédents, Antécédents de syndrome de déhiscence du canal semi-circulaire, Douleur cervicale active, Mal de gorge actif.