

Questionnaire



Coordonnées :

Nom :

Prénom :

Adresse mail :

Date de naissance :

L'implantation :

Age lors du diagnostic de surdité :

Origine de la surdité :

Année de l'implantation :

Type d'implant :

Marque de l'implant :

Nom de l'implant :

Centre d'implantation :

Implantation bilatérale : OUI NON

Le suivi :

- Lieu des réglages après l'implantation :

Au centre implanteur Dans un autre centre Chez un Audioprothésiste

- Fréquence des réglages :

1 fois par semaine Plusieurs fois par semaine 1 fois par mois Plusieurs fois par mois

1 fois par an Jamais



- Les réglages se font :

Sur rendez-vous Sans rendez-vous En cas de nécessité

- Compréhension de liste de mots au cours des tests :

Sans bruit de fond Oui Parfois Jamais Avec bruit de fond Oui Parfois Jamais

- Compréhension de phrase au cours des tests :

Sans bruit de fond Oui Parfois Jamais Avec bruit de fond Oui Parfois Jamais

Le quotidien :

- Qualité de l'écoute :

Naturelle un peu déformée Métallique Autre.....

- Différence de qualité d'écoute entre les tests et la vie courante :

Oui Non

- Ecoute en milieu bruyant :

Possible Possible à proximité Impossible

- Manipulation du processeur :

- Formation à l'implantation : Oui Non - Manipulation aisée du processeur : Oui Non

- Utilisation du programme « anti-bruit » : Oui Non

- Utilisation de la connectique :

- Connexion Bluetooth : Oui Non Si oui : Téléphone Télévision Ordinateur Autre.....

- Utilisation du programme « anti-bruit » : Oui Non

- Boucle d'induction : Oui Non

- Autres accessoires :

