

**Le District Scolaire de Philadelphie
The School District of Philadelphia
Services Sanitaires Scolaires
School Health Services**

**RAPPORT DU TEST D'AUDITION AUX PARENTS ET MEDECIN
HEARING TEST REPORT TO PARENTS AND PHYSICIAN**

Date _____
DATE

NOM DE L'ELEVE /NAME OF STUDENT

DATE DE NAISSANCE /DATE OF BIRTH

SALLE/ROOM #

NIVEAU/GRADE

Cher Parent / Tuteur:

Nous avons complété les tests d'audition assurés par le Programme Sanitaire Scolaire. Nous recommandons que votre enfant ait un examen d'audition plus approfondi administré par un médecin.

Raison pour la recommandation par l'infirmière de l'école/infirmière agréé :
Résultats du Test du Seuil Auditif à l'école :

DATE /DATE	OREILLE DROITE /RIGHT EAR						OREILLE GAUCHE /LEFT EAR					
	250	500	1000	2000	4000	8000	250	500	1000	2000	4000	8000

Du moment que les désordres auditifs non corrigés peuvent affecter l'éducation scolaire, il est important de compléter cette recommandation.

Merci pour votre coopération. Si vous avez des questions, ou si je peux vous être de toute assistance, prière de me contacter.

INFIRMIERE AGREEE DE L'ECOLE /CERTIFIED SCHOOL NURSE/PRACTIONER _____

ÉCOLE /SCHOOL) _____

ADRESSE DE L'ÉCOLE /SCHOOL ADDRESS _____

NUMERO DE TELEPHONE /PHONE NUMBER _____
PHONE NUMBER

IMPORTANT :

Important:

Prière de remettre ce formulaire à votre médecin au moment de la visite. Après que le médecin ait rempli l'information au verso, retourner le formulaire à l'infirmière de l'école.

Please take this form to your doctor at the time of the examination. When the doctor has completed the information on the back, return it to the school nurse.

(Prière de Voir au Verso)
(Over Please)

**RAPPORT D'ÉVALUATION D'AUDITION DU MÉDECIN À L'INFIRMIÈRE/INFIRMIÈRE AGRÉÉE DE
L'ÉCOLE**
PHYSICIAN'S REPORT OF HEARING EVALUATION TO SCHOOL NURSE/PRACTITIONER

NOTE AU MÉDECIN: /NOTE TO THE PHYSICIAN

IL EST IMPORTANT QU'UNE COPIE DE VOTRE AUDIOGRAMME SOIT ATTACHÉ À CE RAPPORT.
IT IS IMPORTANT THAT COPY OF YOUR AUDIOGRAM BE ATTACHED TO THIS REPORT

NOM DE L'ÉLÈVE: _____
NAME OF STUDENT

DATE D'ÉVALUATION: _____
DATE OF EVALUATION

DIAGNOSTIC: _____
DIAGNOSIS

TYPE DE PERTE D'AUDITION: _____
TYPE OF HEARING LOSS

TRAITEMENT: _____
TREATMENT

PRONOSTIC: _____
PROGNOSIS

RECOMMANDATIONS:
RECOMMENDATIONS

PLACE SPÉCIALE DANS LA CLASSE EST RECOMMANDÉE Oui /Yes Non /No
SPECIAL SEATING IS ADVISED IN THE CLASSROOM

SI OUI DÉCRIRE: _____
IF YES, DESCRIBE

DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS: _____
DATE OF NEXT APPOINTMENT

AUTRES RECOMMANDATIONS: _____
OTHER RECOMMENDATIONS

NOM DU MÉDECIN /*PHYSICIAN'S NAME*

DATE D'EXAMEN /*DATE OF EXAM*

SIGNATURE DU MÉDECIN /*PHYSICIAN'S SIGNATURE*

TELEPHONE /*TELEPHONE*

Pour plus de documents et information traduits en français, prière d'aller à: www.philasd.org/language/french