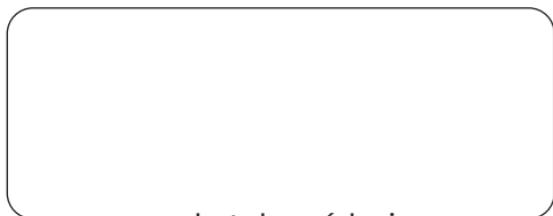




422 avenue François Cuzin 83000 TOULON - Tél : 04 22 59 06 90

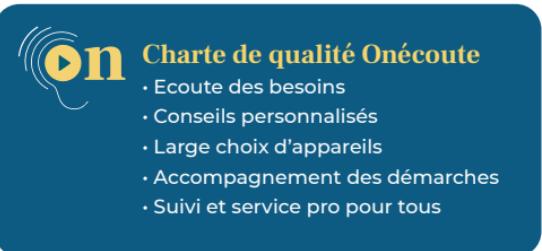
contact@onecoute.fr - www.onecoute.fr



Date :

Nom :

cachet du médecin



- | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Essai en vue d'appareillage : | <input type="checkbox"/> Stéréo | <input type="checkbox"/> Mono | | |
| <input type="checkbox"/> Type d'appareillage recommandé : | <input type="checkbox"/> Intra | <input type="checkbox"/> Conduction osseuse | <input type="checkbox"/> Contour | <input type="checkbox"/> Système CROS |
| <input type="checkbox"/> Je préfère recevoir le compte-rendu : | <input type="checkbox"/> Par courrier | <input type="checkbox"/> Par e-mail | | |
| <input type="checkbox"/> Merci de m'adresser le patient après essai | | | | |
| <input type="checkbox"/> Masqueurs d'acouphènes / hyperacousie | | | | |
| <input type="checkbox"/> Obturateur : | <input type="checkbox"/> Anti-bruit | <input type="checkbox"/> Anti-eau | | |

Observations :

.....

.....