

DEMANDE DE CONSULTATION **URGENTE** (dans les 24 heures) EN CLINIQUE D'AUDIOLOGIE

Objet : Surdité subite ou acouphènes causés par un bruit soudain, sans autre symptôme

1- Identification du travailleur

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de téléphone : _____

2- Détails de l'exposition

Date et heure de l'exposition : _____

Type de bruit :

- ☐ Explosion
- ☐ Bruit impulsionnel
- ☐ Autre

Comment l'exposition est-elle arrivée (décrire brièvement) :

☐ Le travailleur consent à ce que le secouriste transmette une demande de consultation à la clinique d'audiologie.

3- Transmettre à la clinique d'audiologie publique

Apposez l'étiquette de coordonnées de la clinique