

## QUESTIONNAIRE ET CONSENTEMENT AU LAVAGE D'OREILLE

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICATION

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_  
 Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Exp : \_\_\_\_\_  
 Adresse courriel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 J'accepte de recevoir de l'information par courriel :  OUI  NON  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
 Tél. Résidence: \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Cell : \_\_\_\_\_  
 Personne contact (en cas d'urgence) : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

ÉVALUATION INITIALE	OUI	NON
1. Êtes-vous référer par un médecin? Si oui - Lequel?		
2. Avez-vous déjà eu un lavage d'oreille antérieurement? Si oui quand? Y-a-t-il eu des complications?		
3. Avez-vous de la difficulté à entendre? Si oui depuis quand? Est-ce soudain ou graduel?		
4. Avez-vous remarquez un changement dans votre état de santé?		

QUESTIONNAIRES DES CONTRE-INDICATIONS	Oreille droite		Oreille gauche	
	OUI	NON	OUI	NON
1. Avez-vous une perforation du tympan? Si oui, depuis quand? Causé par quoi?				
2. Avez-vous eu un traumatisme ou une chirurgie récente à l'oreille? Si oui, quand?				
3. Présentez-vous des démangeaisons? Si oui, depuis quand?				
4. Présentez-vous une pression dans l'oreille? Si oui depuis quand?				
5. Portez-vous des prothèses auditives?				
6. Avez-vous subi un traumatisme crânien ou cervical récent? Si oui, quand?				
7. Avez-vous une maladie de l'oreille, otite, infection, tumeur? Si oui, laquelle? Depuis quand? Quel tx?				
8. Avez-vous des vertiges, cholestéatome, labyrinthite, etc? Si oui, depuis quand? Êtes-vous traité?				
9. Présentez-vous de la douleur à l'oreille (Otalgie)? Si oui, depuis quand? Qu'elle sorte? Localisation? Présence d'irradiation? Soudaine ou graduelle? Fréquence? Durée? Facteurs déclenchant? Facteurs de soulagement?				