



ROYAUME DU MAROC  
 MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA FEMME,  
 DE LA FAMILLE ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

**3** **HANDICAP ORL**

PRIERE REMPLIR LE PRESENT DOSSIER COMME SUIV :

- CASE A COCHER

OUI

- DATE EN JJ.MM.AAAA

- UTILISER LES LETTRES CAPITALES POUR RENSEIGNER TOUS LES CHAMPS

**A IDENTIFICATION**



REGION : .....

PROVINCE : .....

COMMUNE : .....

NOM PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE       SEXE  M  F

DATE DEBUT D'INVALIDITE

CAUSE PRESUMEE

**B EXAMEN MEDICAL**

**B1. HANDICAP AUDITIF**

**1. EXPLORATION AUDIOMETRIQUE**

PERTE	OREILLE G.	OREILLE D.	PERTE MOYENNE BINAURALE
SUR 500 Hz			
SUR 1000 Hz			
SUR 2000 Hz			

**2. EXAMEN ORTHOPHONIQUE**

**3. SIGNES ASSOCIES**

ACOUPHENES

VERTIGES

**4. CONCLUSION**

DEFICIENCE AUDITIVE PROFONDE

DEFICIENCE AUDITIVE MOYENNE

DEFICIENCE AUDITIVE LEGERE

**B2. HANDICAP VOCAL**

CAUSE PRESUMEE  DEFINITIVE  RECUPERABLE

TRACHEOTOMIE  OUI  NON

CONCLUSION  PERTE TOTALE DE LA VOIX  DYSPHONIE

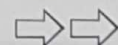
**B3. MAXILO-FACIAL**

CAUSE PRESUMEE  DEFINITIVE  RECUPERABLE

TOPOGRAPHIE

RETENTISSEMENT  FONCTIONNEL  ESTHETIQUE

PRONOSTIC  MINEUR  MAJEUR



### C CERTIFICAT

Je soussigné, Docteur : ..... Spécialiste en .....

Exerçant à : ..... Certifie avoir examiné :

Nom, Prénom : .....

Qui présente : .....

Ayant pour origine présumée : .....

Fait à : ..... Le :

Signature : .....

### D AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE PROVINCIALE

DE : ..... Le :

--

SIGNATURES

--	--	--

### E AVIS DE LA COMMISSION TECHNIQUE CENTRALE

HANDICAP CONFIRME (DOSSIER ACCEPTE)     PAS DE HANDICAP (DOSSIER REFUSE)

DEGRE DU HANDICAP VOCAL     LEGER     MOYEN     PROFOND

POUR UNE DUREE     DEFINITIVE     NON DEFINITIVE     EVOLUTIVE

DEGRE DU HANDICAP AUDITIF     LEGER     MOYEN     PROFOND

POUR UNE DUREE     DEFINITIVE     NON DEFINITIVE     EVOLUTIVE

NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE     OUI     NON

SIGNATURES

Le :

--	--	--