



**IL CANDIDATO DOVRA' REFERTARE L'ESAME AUDIOMETRICO
ALLEGATO E MOTIVARE POSSIBILE CORRELAZIONE CON
ESPOSIZIONE PROFESSIONALE**

Handwritten signature and initials:
R
lu
E pr

PROVA PRATICA n° 2

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

Presidio Ospedaliero di Sondrio

U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA

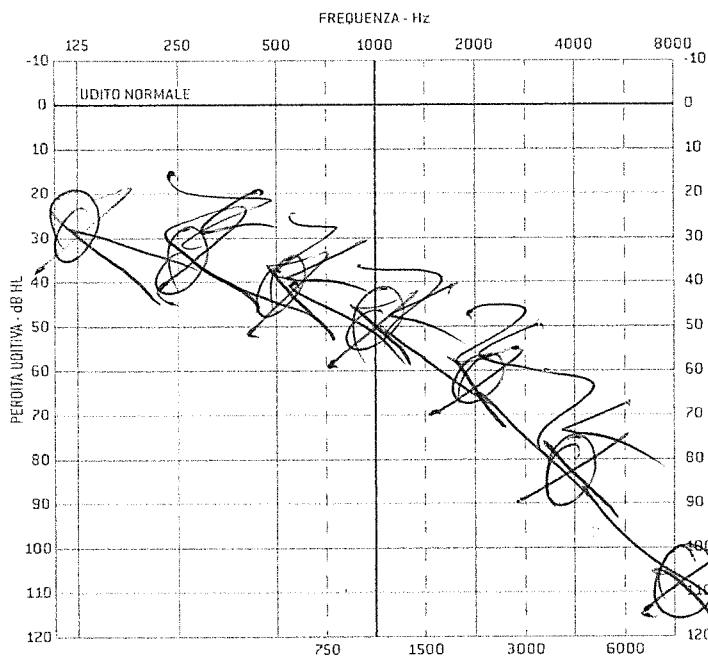
DATA ESAME

COGNOME E NOME

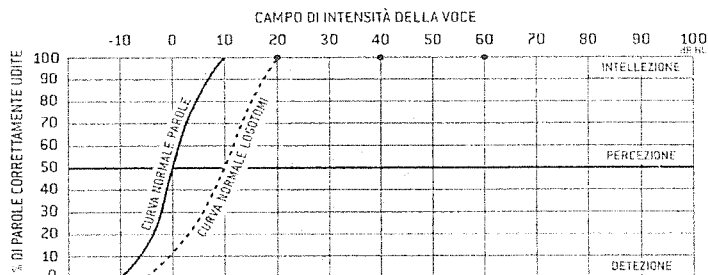
DATA DI NASCITA PROFESSIONE

INDIRIZZO

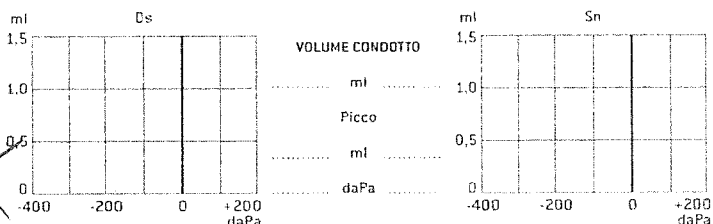
AUDIOMETRIA TONALE



AUDIOMETRIA VOCALE



TIMPANOMETRIA



WEBER

250 Hz	Ds	Sn
500 Hz	Ds	Sn
1000 Hz	Ds	Sn
2000 Hz	Ds	Sn
4000 Hz	Ds	Sn

SIMBOLI USATI	VA	VO	VA	VO
	NON MASCHERATO	MASCHERATO	NON MASCHERATO	MASCHERATO
AU Ds (Rosso)	○	>	△	▷
AU Sn (Bleu)	×	<	□	◁

RIFLESSI ACUSTICI

Ds				Freq. (Hz)	Sn			
500	1000	2000	4000		500	1000	2000	4000
				IPSI				
				CONTRA				

OSSERVAZIONI E DIAGNOSI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma Audiometrista

Firma Medico

Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario

Via Stelvio, 25 - 23100 Sondrio - Tel: 0342521111 - fax: 0342521024 - Cod. fisc. e P.IVA 00988090148

Mod. 3415

[Handwritten signatures]