



Founded in 1924

International Committee of Sports for the Deaf

Recognized by the International Olympic Committee

OFFICIAL AUDIOGRAM DATA SHEET

528 Trail Avenue
Frederick, Maryland 21701
UNITED STATES
Fax: +1 301 620 2990
Email: controls@ciss.org

***Required Fields**

PLEASE PRINT OR USE TYPEWRITER and send to your National Deaf Sports Federation for review

***Name:** _____
Family Name (Last Name) Given Name (First Name) Other Names (Middle Name)

***Nation:** _____ ***Sport:** _____

***Date of Birth:** _____ ***Which event?** Regional Championships
(day / month / year) World Championships

***Gender:** Male Female Deaflympics

AUDIOGRAM

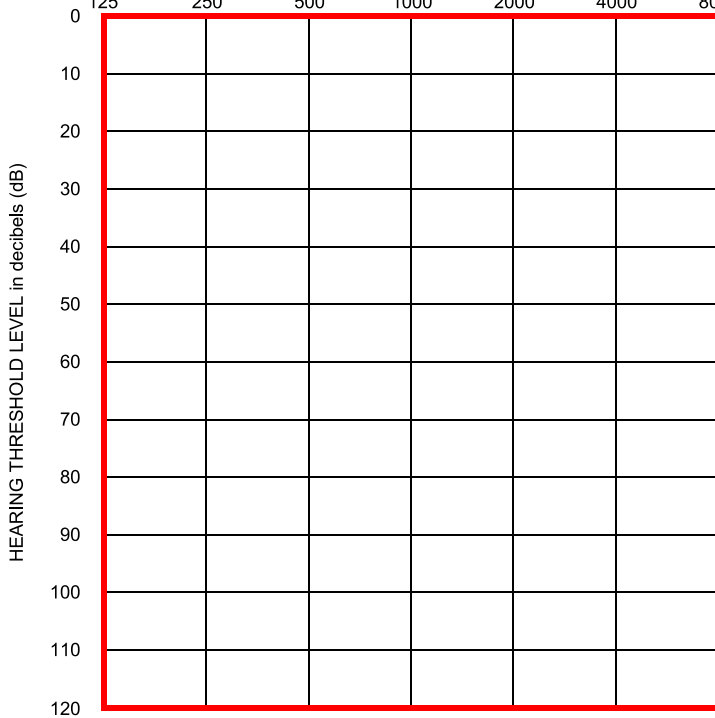
***Audiometer:** _____ ***Examiner Name:** _____

***Calibration:** ANSI 1969 ISO 1964 ***Date of Examination:** _____
 Other: _____ (day / month / year)

***AIR CONDUCTION & *BONE CONDUCTION**

FREQUENCY in hertz (Hz)

125 250 500 1000 2000 4000 8000



*IMPEDANCE TYMPANOMETRY				
Ear	Canal Vol.	Peak Comp.	Gradient	Pres. Peak
RIGHT				
LEFT				

*REFLEXOMETRY					
Side Equals Probe Ear					
RIGHT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				
LEFT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				

PURE TONE AVERAGE		
(500-1000-2000 Hz)		
Ear	Air	Bone
RIGHT		
LEFT		

KEY TO SYMBOLS				
Ear	Air	Air-masked	Bone	Bone-masked
RIGHT (red)	○	△	<	[
LEFT (blue)	×	□	>]
No Response			NR	

TYPE OF HEARING LOSS				
(Check one for each ear with an "X")				
Ear	Sensori-neural	Conductive	Mixed	Cochlear Implant
RIGHT				
LEFT				

ICSD HOME OFFICE USE ONLY	
ID:	_____
Data Entered By:	_____
ICSD Audiologist:	_____

COMMENTS: _____
(In English) _____ *Audiogram Form Revised: 6 / 2011*

www.deaflympics.com/forms/audiogram.pdf

*** This field is required and audiogram form must be completed three (3) months before the event.**



Estimado audioprotesista:

Gracias por cumplimentar el audiograma del International Committee of Sports for the Deaf (ICSD). Nuestros deportistas necesitan que estén completos todos los campos para recibir un número de identificación y poder participar en próximos Campeonatos internacionales o en los Deaflympics (Juegos Sordolímpicos).

Siguiendo la normativa reguladora de la ICSD en relación a los audiogramas les ofrecemos una **guía** con los requisitos y datos a consignar:

1. Es necesario emplear el audiograma oficial de la ICSD. Éste se puede descargar de www.deaflympics.com/forms/audiogram.pdf
2. Es necesario realizar las siguientes pruebas audiológicas en cada uno de los dos oídos.
 - a. Audiometría vía aérea: mínimo frecuencias 500, 1000 y 2000 Hz.
 - b. Audiometría vía ósea: mínimo frecuencias 500, 1000 y 2000 Hz.
 - c. Timpanometría: por favor consigne los datos numéricos solicitados.
 - d. Reflejos acústicos (Reflexometría): introduzca datos numéricos o NR si no hay reflejo. No utilice guión (-) o cero (0)
3. A continuación indicamos qué consignar en cada uno de los campos indicados en amarillo:
 1. **Audiometer:** modelo de audiómetro empleado
 2. **Examiner Name:** Nombre del audioprotesista que ha realizado la prueba.
 3. **Calibration:** Tipo de calibración del audiómetro empleado.
 4. **Date of examination:** fecha en que se realiza la prueba.
 5. **Air conduction:** marcar los resultados obtenidos por vía aérea (véase 2.a.) Si no tiene respuesta en alguna frecuencia marque NR, tal y como figura en "Key to symbols"
 6. **Bone conduction:** marcar los resultados obtenidos por vía ósea (véase 2.b.) Si no tiene respuesta en alguna frecuencia marque NR, tal y como figura en "Key to symbols"
 7. **Tympanometry:** Incluir los datos numéricos de la timpanometría (Ver 2.c.).
 8. **Reflexometry:** Incluir los datos numéricos de los reflejos (ver 2.d).
 9. **Pure Tone Average:** Resultado de sumar el umbral en 500, 1000 y 2000Hz y dividirlo entre 3 de cada uno de los oídos por vía aérea y ósea.
 10. **Type of Hearing Loss:** Identifique el tipo de pérdida auditiva mediante aspa (x) en la casilla correspondiente de cada oído.
 11. **Comments:** si necesita escribir algún comentario relativo al atleta. En caso de no tener equipo para realizar timpanometría o reflexometría por favor especifíquelo aquí (en inglés).
 12. Esta casilla es sólo para uso oficial de la ICSD, no lo rellene.

International Committee of Sports for the Deaf
Recognized by the International Olympic Committee
OFFICIAL AUDIOGRAM DATA SHEET
535 3rd Avenue
Friedrich, Maryland 21701
UNITED STATES
Tel: +1 301 650-2100
Email: info@icd.org

Required Fields PLEASE PRINT OR USE TYPEWRITER and send to your National Deaf Sports Federation for review

Name: Family Name (Last Name) Given Name (First Name) Other Names (Middle Name)
Nationality: 18 part: _____
Date of Birth: (day / month / year) _____ Gender: Male Female

AUDIOGRAM

Audiometer: 1 ANSI 1969 ISO 1961 Other: 3
Examiner Name: 2 _____ Date of Examination: (day / month / year) 4 _____

***AIR CONDUCTION & BONE CONDUCTION**
FREQUENCY in hertz (Hz)

HEARING THRESHOLD LEVEL in decibels (dB)	125	250	500	1000	2000	4000	8000
0							
10							
20							
30							
40							
50							
60							
70							
80							
90							
100							
110							
120							

KEY TO SYMBOLS

Ear	Air	Air-masked	Bone	Bone-masked
RIGHT (eye)	O	△	◊	◊
LEFT (eye)	X	□	>	
		No Response	NR	

TYPE OF HEARING LOSS
(Check one for each ear with "X")

Ear	Sensorineural	Conductive	Mixed	Cochlear implant
RIGHT				
LEFT				

IMPEDANCE TYMPANOMETRY

Ear	Cond.	Peak	Compl.	Staped.	Pres. Pres.
RIGHT					
LEFT					

REFLEXOMETRY
Slow Equate Probe Ear

RIGHT	Stim	500	1000	2000	4000
Ear					
LEFT <th>Stim</th> <th>500</th> <th>2000</th> <th>4000</th> <td></td>	Stim	500	2000	4000	
Ear					

PURE TONE AVERAGE
(500-1000-2000 Hz)

Ear	Air	Bone
RIGHT		
LEFT		

ICSD HOME OFFICE USE ONLY

Data Entered by ICSD Audiologist: 12 _____

COMMENTS: (in English) 11 _____

El incumplimiento de los requisitos supone un retraso en la aprobación de la solicitud por parte del atleta.

Muchas gracias de antemano por su colaboración de parte del equipo de la ICSD.