CHU de Québec Université Laval

*CQ7337*

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

N° RAMQ :

# RÉFÉRENCE EN AUDIOLOGIE
# ADULTE

## FAIRE PARVENIR PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418-525-4383
**POUR TOUTE QUESTION : 418-525-4332**

**PARTICULARITÉS** ☐ Usager hospitalisé et raison d'admission: _____

☐ Interprète requis (langue) : _____

☐ Trouble cognitif ou du comportement, déficience intellectuelle ☐ Fauteuil roulant ou motorisé

**MOTIFS DE RÉFÉRENCE**

**Délai de prise en charge variable** (plus de 12 mois pour certains motifs)

**MOTIFS FRÉQUENTS**

☐ Surdité connue (contrôle)
☐ Surdité suspectée
☐ Surdité professionnelle
☐ Acouphène/hyperacousie
☐ Otites/Dysfonction tubaire/Perforation tympanique

**Aides à l'audition**

☐ Remplacement de l'aide auditive
☐ Bris ou perte de l'aide auditive avant renouvellement prévu
☐ Recommandation d'aides de suppléance à l'audition

**CONDITIONS MÉDICALES** (Référents admissibles : ORL, neurologue, neurochirurgien)

☐ Surdité subite, récente et neurosensorielle, suspectée par ORL
☐ Contrôle de surdité subite Date souhaitée : (aaaa/mm/jj) _____
☐ AVC
☐ Barotrauma ou traumatisme sonore survenu il y a moins d'un mois
☐ Maladie auto-immune de l'oreille suspectée
☐ Maladie neurodégénérative
☐ Méningite bactérienne ou encéphalite
☐ Paralysie faciale survenue il y a moins d'un mois
☐ Traumatisme crânio-cérébral (hospitalisé ou en réadaptation)
☐ Tumeur ayant un impact sur le système auditif ou vestibulaire (incluant cholestéatome)
☐ Vertiges : crise active, urgence à voir en moins de 48 heures
☐ Vertiges en investigation

**MOTIFS AVEC SUIVIS**

☐ **Médication ototoxique**
☐ Évaluation pré-tx ☐ En cours de tx Date du tx : (aaaa/mm/jj) _____
☐ Post-tx Date du dernier tx : (aaaa/mm/jj) _____

☐ **Chirurgie (ORL, neurochx)** Type : _____
☐ Préopératoire ☐ Postopératoire Date de chirurgie : (aaaa/mm/jj) _____

**AUTRES MOTIFS OU COMMENTAIRES**

_____

_____

_____

Nom du référent : _____ Numéro de permis : _____

Nom de la clinique : _____

Signature : _____ Date : (aaaa/mm/jj) _____