



Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° de Téléphone : _____

N° RAMQ : _____

Nom de la mère : _____

RÉFÉRENCE EN AUDIOLOGIE
ENFANT 0-17 ANS

FAIRE PARVENIR PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418-657-1258

POUR TOUTE QUESTION : 418-654-2116

PARTICULARITÉS ☐ Usager hospitalisé et raison d'admission : _____
☐ Interprète requis (langue) : _____
☐ Trouble du comportement ou déficience intellectuelle

MOTIFS FRÉQUENTS

☐ Difficultés langagières ou Trouble développemental du langage
☐ Retard global de développement (confirmé ou indices observés)
☐ Trouble du spectre de l'autisme (confirmé ou indices observés)
☐ Trouble d'apprentissage ou difficultés scolaires ou TDA(H)
Doutes sur l'audition : ☐ Fait répéter ☐ Dit qu'il n'entend pas bien ☐ Parle fort ☐ Hausse le volume de la télévision
☐ Ne se retourne pas à son nom ☐ Doit regarder les visages ☐ Ne réagit pas aux sons forts

FACTEURS DE RISQUE DE SURDITÉ / CONDITIONS MÉDICALES

☐ Surdité familiale congénitale ou acquise avant l'âge de 12 ans, non liée à maladie, accident ou otites
☐ Syndrome ou condition de santé associée à une surdité (précisez) : _____
☐ Méningite : ☐ virale ☐ bactérienne
☐ CMV confirmé
☐ Autre infection congénitale confirmée (précisez) : _____
☐ Malformation de l'oreille (précisez) : _____
☐ Otites fréquentes ou antécédent d'otites
☐ Cholestéatome
☐ Perforation tympanique ☐ unilatérale ☐ bilatérale

MOTIFS AVEC SUIVIS

☐ **Médication ototoxique**
☐ évaluation pré-tx ☐ évaluation de suivi Date souhaitée : (aaaa/mm/jj) _____
☐ **Chirurgie (ORL)** Type : _____
☐ Préopératoire ☐ Postopératoire Date de chirurgie : (aaaa/mm/jj) _____

MOTIFS PARTICULIERS

SVP Fournir les documents qui permettront une évaluation adéquate de votre demande.
☐ Deuxième avis demandé / poursuivre évaluation amorcée hors CHU de Québec-Université Laval
☐ Contrôle de surdité connue
☐ Investigation spécialisée pour trouble de traitement auditif (TTA) (admissibilité : 7 à 14 ans)
☐ évaluation de candidature : aide auditive à ancrage osseux

AUTRES MOTIFS OU COMMENTAIRES

Nom du r�f�rent :	Coordonnées du r�f�rent
N� de permis :	
Date (aaaa/mm/jj) :	
Nom de la clinique :	