



\*CQ7338\*

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

<b>PARTICULARITÉS</b> <p><input type="checkbox"/> Usager hospitalisé et raison d'admission : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Interprète requis (langue) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble du comportement ou déficience intellectuelle</p>	
<b>MOTIFS FRÉQUENTS</b> <p><input type="checkbox"/> Difficultés langagières ou Trouble développemental du langage</p> <p><input type="checkbox"/> Retard global de développement (confirmé ou indices observés)</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (confirmé ou indices observés)</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage ou difficultés scolaires ou TDA(H)</p> <p>Doutes sur l'audition : <input type="checkbox"/> Fait répéter <input type="checkbox"/> Dit qu'il n'entend pas bien <input type="checkbox"/> Parle fort <input type="checkbox"/> Housse le volume de la télévision  <input type="checkbox"/> Ne se retourne pas à son nom <input type="checkbox"/> Doit regarder les visages <input type="checkbox"/> Ne réagit pas aux sons forts</p>	
<b>FACTEURS DE RISQUE DE SURDITÉ / CONDITIONS MÉDICALES</b> <p><input type="checkbox"/> Surdité familiale congénitale ou acquise avant l'âge de 12 ans, non liée à maladie, accident ou otites</p> <p><input type="checkbox"/> Syndrome ou condition de santé associé à une surdité (précisez) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Méningite : <input type="checkbox"/> virale <input type="checkbox"/> bactérienne</p> <p><input type="checkbox"/> CMV confirmé</p> <p><input type="checkbox"/> Autre infection congénitale confirmée (précisez) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Malformation de l'oreille (précisez) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otites fréquentes ou antécédent d'otites</p> <p><input type="checkbox"/> Cholestéatome</p> <p><input type="checkbox"/> Perforation tympanique <input type="checkbox"/> unilatérale <input type="checkbox"/> bilatérale</p>	
<b>MOTIFS AVEC SUIVIS</b> <p><input type="checkbox"/> Médication ototoxique <input type="checkbox"/> Évaluation pré-tx <input type="checkbox"/> Évaluation de suivi Date souhaitée : (aaaa/mm/jj) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgie (ORL) Type : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Postopératoire Date de chirurgie : (aaaa/mm/jj) _____</p>	
<b>MOTIFS PARTICULIERS</b> <p><b>SVP Fournir les documents qui permettront une évaluation adéquate de votre demande.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Deuxième avis demandé / poursuivre évaluation amorcée hors CHU de Québec-Université Laval</p> <p><input type="checkbox"/> Contrôle de surdité connue</p> <p><input type="checkbox"/> Investigation spécialisée pour trouble de traitement auditif (TTA) (admissibilité : 7 à 14 ans)</p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation de candidature : aide auditive à ancrage osseux</p>	
<b>AUTRES MOTIFS OU COMMENTAIRES</b> <p> </p>	
<p>Nom du référent : _____</p> <p>N° de permis : _____</p> <p>Date (aaaa/mm/jj) : _____</p> <p>Nom de la clinique : _____</p>	<p>Coordonnées du référent</p>