



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de la mère :

Téléphone :

Numéro assurance-maladie (RAMQ) :

RÉFÉRENCE EN AUDIOLOGIE ENFANT 0-17 ANS

FAIRE PARVENIR PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418-657-1258

POUR TOUTE QUESTION : 418-654-2116

PARTICULARITÉS <input type="checkbox"/> Usager hospitalisé et raison d'admission : _____ <input type="checkbox"/> Interprète requis (langue) : _____ <input type="checkbox"/> Trouble du comportement, déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant ou motorisé	
MOTIFS DE RÉFÉRENCE	
MOTIFS FRÉQUENTS <input type="checkbox"/> Retard de langage ou hypothèse de trouble de langage <input type="checkbox"/> Retard ou trouble de développement global (confirmé ou en cours d'évaluation) <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (confirmé ou en cours d'évaluation) <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage, difficultés scolaires, TDAH 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"/> Hausse 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	
FACTEURS DE RISQUE DE SURDITÉ / CONDITIONS MÉDICALES <input type="checkbox"/> Surdité familiale congénitale ou acquise avant l'âge de 12 ans, non liée à maladie, accident ou otites <input type="checkbox"/> Syndrome ou condition de santé associé à une surdité (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Méningite : <input type="checkbox"/> virale <input type="checkbox"/> bactérienne <input type="checkbox"/> CMV confirmé <input type="checkbox"/> Autre infection congénitale confirmée (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Malformation de l'oreille (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Otites fréquentes ou antécédent d'otites <input type="checkbox"/> Cholestéatome <input type="checkbox"/> Perforation tympanique <input type="checkbox"/> unilatérale <input type="checkbox"/> bilatérale	
MOTIFS PARTICULIERS SVP Fournir les documents qui permettront une évaluation adéquate de votre demande. <input type="checkbox"/> Deuxième avis demandé / poursuivre évaluation amorcée hors CHU de Québec-Université Laval <input type="checkbox"/> Contrôle de surdité connue	
MOTIFS AVEC SUIVIS <input type="checkbox"/> Médication ototoxique <input type="checkbox"/> Évaluation pré-tx <input type="checkbox"/> Évaluation de suivi Date souhaitée : (aaaa/mm/jj) _____ <input type="checkbox"/> Chirurgie (ORL) Type : _____ <input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Postopératoire Date de chirurgie : (aaaa/mm/jj) _____	
AUTRES MOTIFS OU COMMENTAIRES <hr/> <hr/> <hr/>	
Nom du référent : _____ Numéro de permis : _____ Nom de la clinique : _____ Signature : _____ Date : (aaaa/mm/jj) _____	

()