CHU de Québec Université Laval

CQ7337

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de Téléphone :

N° RAMQ :

Nom de la mère :

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 ou déficience intellectuelle ☐ Fauteuil roulant ou motorisé

MOTIFS FRÉQUENTS

☐ Surdité connue ou suspectée
☐ Surdité professionnelle
☐ Acouphène
☐ Bris ou perte de l'aide auditive avant renouvellement prévu
☐ Otites/Dysfonction tubaire/Perforation tympanique

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

☐ Surdité subite, récente et neurosensorielle, suspectée par l'ORL
☐ Contrôle de surdité subite Date souhaitée : (aaaa/mm/jj) _____
☐ Barotrauma ou traumatisme sonore survenu il y a moins d'un mois
☐ 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) _____

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (Évaluation audiologique récente requise au dossier)

Hypothèse clinique : _____

☐ vHIT (Test vidéo d'impulsion de la tête)*
☐ VEMP (Potentiel évoqué vestibulaire myogénique)*

*Certaines médications peuvent nuire à la mesure, si prises jusqu'à 3 jours avant l'examen. La modification de la posologie doit être effectuée par le médecin référent, le cas échéant. Aucune indication en ce sens ne peut être émise par les professionnels.

☐ PEATC (Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral)
☐ Évaluation de candidature : aide auditive à ancrage osseux

AUTRES MOTIFS OU COMMENTAIRES

Nom du référent :	Coordonnées du référent
N° de permis :	
Date (aaaa/mm/jj) :	
Nom de la clinique :	