



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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Surdité connue ou suspectée | <input type="checkbox"/> Bris ou perte de l'aide auditive avant renouvellement prévu |
| <input type="checkbox"/> Surdité professionnelle | <input type="checkbox"/> Otites/Dysfonction tubaire/Perforation tympanique |
| <input type="checkbox"/> Acouphène | |

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 crâno-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 :	