



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"/> Surdité professionnelle <input type="checkbox"/> Acouphène	<input type="checkbox"/> Bris ou perte de l'aide auditive avant renouvellement prévu <input type="checkbox"/> 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 ( valuation audiolgique 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 r f rent, le cas échéant. Aucune indication en ce sens ne peut être  mise par les professionnels.  
☐ PEATC (Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral)  
☐ 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 :	