CHU de Québec Université Laval

DT7338

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

N° RAMQ :

RÉFÉRENCE EN AUDIOLOGIE
ENFANT 0-17 ans

MERCI DE REMPLIR LE FORMULAIRE ET DE LE FAIRE PARVENIR PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418 657-1258
Pour toute question, vous pouvez communiquer avec la centrale de rendez-vous en audiologie au 418 654-2116

☐ **Usager externe** ☐ **Usager hospitalisé et raison d'admission :**_____

☐ Surdité permanente connue Suivi en centre de réadaptation : ☐ Non ☐ Oui _____

PARTICULARITÉS ☐ Chaise roulante ou fauteuil motorisé

☐ Déficience intellectuelle, autisme, trouble de comportement ☐ Interprète requis (langue): _____

MOTIFS DE RÉFÉRENCE

MOTIFS URGENTS

☐ Surdité subite suspectée (référent admissible : ORL)
☐ Barotrauma ou traumatisme sonore récent (moins de 1 mois)
☐ Traumatisme crânio-cérébral
☐ Méningite : ☐ virale ☐ bactérienne
☐ CMV confirmé
☐ Anotie, atrésie, microtie : ☐ unilatérale ☐ bilatérale

MOTIFS SEMI-URGENTS

☐ Doutes importants sur l'audition (ex : peu de réactions aux bruits et à la voix chez un bébé/ne répond pas à son nom, doit voir le visage chez un enfant plus vieux)
☐ Surdité familiale congénitale ou acquise avant l'âge de 12 ans, non liée à maladie, accident ou otites (chez parents, fratrie, grands-parents, oncles/tantes, cousins/cousines).
☐ Infection congénitale confirmée (toxoplasmose, rubéole, syphilis, herpès, VIH). Encercler.
☐ Retard ou trouble de développement global (confirmé ou en cours d'évaluation)
☐ Retard de langage sévère ou hypothèse de trouble de langage
☐ Trouble du spectre de l'autisme (confirmé ou en cours d'évaluation)
☐ Otites à répétition (référent admissible : ORL)
☐ Perforation tympanique (référent admissible : ORL)
☐ Syndrome ou condition de santé associés à une surdité (préciser) : _____
☐ Fente palatine
☐ Appendice/sinus pré-auriculaire
☐ Cécité, problème visuel important
☐ Contrôle de surdité connue
☐ Aggravation suspectée de la surdité
☐ Acouphène rapporté par l'enfant
☐ Échec au protocole de dépistage néonatal
☐ Échec au dépistage auditif à la garderie/école

AUTRES MOTIFS **Délai de prise en charge variable, selon l'analyse du cas (plus de 6 mois pour certains motifs).**

☐ Retard de langage
☐ Trouble d'apprentissage, difficultés scolaires, TDAH, TDA
☐ Vertiges (référent admissible : ORL)
☐ Deuxième avis demandé/poursuivre évaluation amorcée hors CHU (joindre le rapport audiologique)
☐ Autre (préciser) _____
_____

MOTIFS AVEC DATE CIBLÉE

☐ Médication ototoxique. Préciser : _____
☐ Évaluation pré-tx : date début tx _____ (aaaa/mm/jj) ☐ En cours de tx : date prochain tx : _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Tx continu
☐ Évaluation pré ou postopératoire (ORL, neurochx) **(verso à compléter)**
☐ Contrôle de surdité subite, en cours ou post-traitement. Date souhaitée : _____ (aaaa/mm/jj)

Nom du référent : _____ Numéro de permis : _____
Nom de la clinique : _____
Signature : _____ Date : _____ (aaaa/mm/jj)

Commentaires : _____
_____

Nom : Prénom : # Dossier :

Chirurgies ORL

	Date chx si connue (aaaa/mm/jj)	Évaluation préop. requise	Évaluation postop requise
Mastotympanoplasie	_____	☐	☐
Tympanoplastie	_____	☐	☐
Autre (préciser) : _____	_____	☐	☐

Espace réservé à l'agent administratif

Reçu le : _____ (aaaa/mm/jj) Saisi par : _____

☐ Appel de l'usager ou du parent

☐ Usager connu Dernière visite le : _____ (aaaa/mm/jj)

☐ À évaluer par la coordonnatrice Transmis le : _____ (aaaa/mm/jj)

Cote de priorisation : _____ Mois ciblé : _____

Site ciblé : ☐ CHUL ☐ HSFA ☐ HEJ

Commentaires :

_____

_____