



RÉFÉRENCE EN AUDIOLOGIE
ENFANT 0-17 ANS

FAIRE PARVENIR PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418-657-1258

POUR TOUTE QUESTION : 418-654-2116

PARTICULARITÉS Usager hospitalisé et raison d'admission : _____
 Interprète requis (langue) : _____
 Trouble du comportement, déficience intellectuelle Fauteuil roulant ou motorisé

MOTIFS DE RÉFÉRENCE

MOTIFS FRÉQUENTS

Retard de langage ou hypothèse de trouble de langage
 Retard ou trouble de développement global (confirmé ou en cours d'évaluation)
 Trouble du spectre de l'autisme (confirmé ou en cours d'évaluation)
 Trouble d'apprentissage, difficultés scolaires, TDAH
 Doutes sur l'audition : Fait répéter Dit qu'il n'entend pas bien Parle fort Hausse le volume de la télévision
 Ne se retourne pas à son nom Doit regarder les visages Ne réagit pas aux sons forts

FACTEURS DE RISQUE DE SURDITÉ / CONDITIONS MÉDICALES

Surdité familiale congénitale ou acquise avant l'âge de 12 ans, non liée à maladie, accident ou otites
 Syndrome ou condition de santé associée à une surdité (précisez) : _____
 Méningite : virale bactérienne
 CMV confirmé
 Autre infection congénitale confirmée (précisez) : _____
 Malformation de l'oreille (précisez) : _____
 Otites fréquentes ou antécédent d'otites
 Cholest tome
 Perforation tympanique unilatérale bilatérale

MOTIFS PARTICULIERS

SVP Fournir les documents qui permettront une évaluation adéquate de votre demande.
 Deuxième avis demandé / poursuivre évaluation amorcée hors CHU de Québec-Université Laval
 Contrôle de surdité connue

MOTIFS AVEC SUIVIS

Médication ototoxique
  valuation pré-tx évaluation de suivi Date souhaitée : (aaaa/mm/jj) _____
 Chirurgie (ORL) Type : _____
 Préopératoire Postopératoire Date de chirurgie : (aaaa/mm/jj) _____

AUTRES MOTIFS OU COMMENTAIRES

Nom du r f rent : _____ Numéro de permis : _____
 Nom de la clinique : _____
 Signature : _____ Date : (aaaa/mm/jj) _____

()