



Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 RAMQ : \_\_\_\_\_

**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**

Surdit e 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 surdit e (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Méningite :                       virale                       bactérienne  
 CMV confirmée  
 Autre infection congénitale confirmée (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Malformation de l'oreille (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Otites fréquentes ou antécédent d'otites  
 Cholestéatome  
 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) \_\_\_\_\_