



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, déficience intellectuelle Fauteuil roulant ou motorisé

MOTIFS DE RÉFÉRENCE

MOTIFS FRÉQUENTS **Délai de prise en charge variable** (plus de 12 mois pour certains motifs)

- Surdit e connue (contrôle)
- Surdit e suspectée
- Surdit e professionnelle
- Acouphène/hyperacousie
- Vertiges (référents admissibles : ORL, neurologue, neurochirurgien)
- Otites/Dysfonction tubaire/Perforation tympanique

Aides à l'audition

- Remplacement de l'aide auditive
- Bris ou perte de l'aide auditive
- Recommandation d'aides de suppléance à l'audition

CONDITIONS MÉDICALES (Référents admissibles : ORL, neurologue, neurochirurgien)

Condition RÉCENTE avec symptômes otologiques ACTIFS

- Surdit e subite récente suspectée par ORL
- Contrôle de surdit e subite Date souhaitée : (aaaa/mm/jj) _____
- AVC
- Barotrauma ou traumatisme sonore
- Maladie auto-immune de l'oreille suspectée
- Maladie neurodégénérative
- Méningite bactérienne ou encéphalite
- Paralyse faciale
- Traumatisme crânio-cérébral
- Tumeur ayant un impact sur le système auditif ou vestibulaire (incluant cholestéatome)
- Vertiges : crise active avec surdit e ou acouphène

MOTIFS AVEC SUIVIS

- Médication ototoxique**
 -  valuation 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) _____

AUTRES MOTIFS OU COMMENTAIRES

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

()