

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de Téléphone :

N° 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 ou déficience intellectuelle

**MOTIFS FRÉQUENTS**

Difficultés langagières ou Trouble développemental du langage  
 Retard global de développement (confirmé ou indices observés)  
 Trouble du spectre de l'autisme (confirmé ou indices observés)  
 Trouble d'apprentissage ou difficultés scolaires ou TDA(H)  
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 confirmée  
 Autre infection congénitale confirmée (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Malformation de l'oreille (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Otites fréquentes ou antécédent d'otites  
 Cholestéatome  
 Perforation tympanique  unilatérale  bilatérale

**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) \_\_\_\_\_

**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  
 Investigation spécialisée pour trouble de traitement auditif (TTA) (admissibilité : 7 à 14 ans)  
  valuation 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 :	

( )