

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de Téléphone :

N° RAMQ :

**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 ou déficience intellectuelle Fauteuil roulant ou motorisé

MOTIFS FRÉQUENTS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Surdité connue ou suspectée | <input type="checkbox"/> Bris ou perte de l'aide auditive avant renouvellement prévu |
| <input type="checkbox"/> Surdité professionnelle | <input type="checkbox"/> Otites/Dysfonction tubaire/Perforation tympanique |
| <input type="checkbox"/> Acouphène | |

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

- Surdité subite, récente et neurosensorielle, suspectée par l'ORL
 Contrôle de surdité subite Date souhaitée : (aaaa/mm/jj) _____
 Barotrauma ou traumatisme sonore survenu il y a moins d'un mois
 Méningite bactérienne ou encéphalite
 Paralysie faciale survenue il y a moins d'un mois
 Traumatisme crânio-c erebral (hospitalisé ou en réadaptation)
 Tumeur ayant un impact sur le système auditif ou vestibulaire (incluant cholestéatome)
 Vertiges : crise active, urgence à voir en moins de 48 heures
 Vertiges en investigation

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) _____

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ( valuation audiolgique récente requise au dossier)

- Hypothèse clinique : _____
 vHIT (Test vidéo d'impulsion de la tête)*
 VEMP (Potentiel  voqu e vestibulaire myogénique)*
*Certaines médications peuvent nuire à la mesure, si prises jusqu'à 3 jours avant l'examen. La modification de la posologie doit être effectuée par le médecin r ef erent, le cas échéant. Aucune indication en ce sens ne peut être  mise par les professionnels.
 PEATC (Potentiels  voqu es auditifs du tronc c erebral)
  valuation de candidature : aide auditive à ancrage osseux

AUTRES MOTIFS OU COMMENTAIRES

Nom du r�ef�erent :	Coordonnées du r�ef�erent
N�o de permis :	
Date (aaaa/mm/jj) :	
Nom de la clinique :	

()