



Date : _____	N° dossier : _____
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Code postal : _____
Téléphone : _____	Âge : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____	
N° RAMQ : _____	Expiration : _____

## RÉFÉRENCE EN AUDIOLOGIE HND (ADULTE)

<p><b>Merci de compléter ce formulaire lisiblement en lettres moulées et de le faire parvenir par télécopie au 514-362-2830 ou par courriel à <a href="mailto:audiologie.hnd.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca">audiologie.hnd.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca</a>. Pour toute question, communiquez avec le service d'audiologie au 514-413-8730</b></p>		
<b>Raison de consultation</b>		
<p>Le patient est-il connu de notre service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      Le patient porte-t-il des aides auditives? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Le patient a-t-il une surdité connue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      Le patient est-il suivi en ORL? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		
<b>MOTIF DE RÉFÉRENCE</b>		
<p>Veillez, SVP, cocher toute information pertinente. Cela nous permettra de prioriser adéquatement votre demande.</p>		
<input type="checkbox"/> <b>Motif urgent</b>		
<input type="checkbox"/> Surdité subite (aaaa / mm / jj ) <input type="checkbox"/> Traumatisme de l'oreille (aaaa / mm / jj ) <input type="checkbox"/> Traumatisme acoustique (aaaa / mm / jj )	<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien (TCC) (aaaa / mm / jj ) <input type="checkbox"/> Méningite (aaaa / mm / jj ) <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> <b>Problèmes otologiques</b>		
<input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Malformation de l'oreille : _____ <input type="checkbox"/> Perforation tympanique <input type="checkbox"/> Cholestéatome <input type="checkbox"/> Schwannome / Méningiome <input type="checkbox"/> Vertiges / étourdissements depuis : (aaaa / mm / jj ) <input type="checkbox"/> Acouphène : Précisez : <input type="checkbox"/> pulsatile <input type="checkbox"/> dérangeant	<input type="checkbox"/> Évaluation pré-opératoire (date prévue, type) _____ <input type="checkbox"/> Évaluation post-opératoire (type de chirurgie) _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> <b>Facteur de risque de surdité / Condition médicale</b>		
<input type="checkbox"/> Presbycusie (perte due à l'âge) <input type="checkbox"/> Malformation cranio-faciale : _____ <input type="checkbox"/> Syndrome avec surdité associée <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques : _____ <input type="checkbox"/> Antécédent de surdité familiale (précisez le lien de parenté) : _____	<input type="checkbox"/> Exposition au bruit <input type="checkbox"/> Facteur de risque surdité congénitale: _____ <input type="checkbox"/> Traitement à potentiel ototoxique : _____ <input type="checkbox"/> Autre condition médicale : _____	
<b>IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT</b>		
Nom en lettres moulées	Signature	
Spécialité	Numéro de permis	
Clinique / Lieu de pratique (adresse complète)		
Téléphone	Fax	Date de référence