



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 (ENFANT de 0-18 ANS)

<p>Merci de compléter ce formulaire lisiblement en lettres moulées et de le faire parvenir par télécopie au 514-362-2830 ou par courriel à audiologie.hnd.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca.</p> <p>Pour toute question, vous pouvez communiquer avec le service d'audiologie au 514-413-8730</p>		
Raison de consultation		
<p>L'enfant est-il connu de notre service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'enfant a-t-il une surdité connue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>L'enfant porte-t-il des aides auditives? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>N.B. L'enfant qui porte des aides auditives ou qui est connu d'un programme de déficience auditive en centre de réadaptation doit être orienté vers cette ressource, et ce, même s'il est connu de notre service.</p>		
MOTIF DE RÉFÉRENCE		
<p>Veillez, SVP, cocher toute information pertinente. Cela nous permettra de prioriser adéquatement votre demande.</p>		
<input type="checkbox"/> Motif urgent		
<input type="checkbox"/> Méningite (aaaa / mm / jj) <input type="checkbox"/> Surdité subite (aaaa / mm / jj) <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien (TCC) (aaaa / mm / jj) <input type="checkbox"/> Traumatisme de l'oreille (aaaa / mm / jj) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Évaluation audiolinguistique non-concluante* <input type="checkbox"/> Surdité identifiée dans un autre établissement* <input type="checkbox"/> Dépistage auditif non réussi (aaaa / mm / jj) * Joindre le rapport audiolinguistique afin que nous puissions attribuer une priorité.	
<input type="checkbox"/> Facteur de risque de surdité / Condition médicale		
<input type="checkbox"/> Doute parental <input type="checkbox"/> Antécédent de surdité familiale (précisez le lien de parenté) : _____ <input type="checkbox"/> Malformation cranio-faciale _____ <input type="checkbox"/> Syndrome avec surdité associée (suspecté ou confirmé) <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques : _____ <input type="checkbox"/> Déficit visuel	<input type="checkbox"/> Facteur de risque surdité congénitale / périnatale : _____ <input type="checkbox"/> Faible Apgar (score ≤ 3 à 5 minutes) _____ <input type="checkbox"/> Naissance prématurée (< 29 semaines de gestation) <input type="checkbox"/> Faible poids de naissance (< 1500 g) <input type="checkbox"/> Traitement ototoxique : _____ <input type="checkbox"/> Autre condition médicale : _____	
<input type="checkbox"/> Problèmes otologiques		
<input type="checkbox"/> Otites à répétition <input type="checkbox"/> Malformation de l'oreille : _____ <input type="checkbox"/> Perforation tympanique <input type="checkbox"/> Cholestéatome <input type="checkbox"/> Vertiges / étourdissements <input type="checkbox"/> Acouphène	<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"/> Retard de développement (suspecté ou confirmé)		
<input type="checkbox"/> Retard global de développement <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme / Trouble envahissant du développement	<input type="checkbox"/> Retard de langage (sans autre problème de développement connu) : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Difficultés scolaires Niveau : _____		
<input type="checkbox"/> Référence pour une évaluation des habiletés de traitement auditif (évaluation TTA) Attention : Pour être admissible à ce type d'évaluation en audiologie, l'enfant doit être âgé de plus de 7 ans, être scolarisé en français et il ne doit pas présenter de déficit intellectuel.		
IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT		
Nom en lettres moulées	Signature	
Spécialité	Numéro de permis	
Clinique / Lieu de pratique (adresse complète)		
Téléphone	Fax	Date de référence