CHEO

uOttawa

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN AUDIOLOGIE – Enfants de 5 ans et moins

Veuillez remplir toutes les sections du présent formulaire et l'envoyer par télécopieur au 613-738-4222.

Section 1 : Données démographiques de la patiente ou du patient Date de référence (jj/mm/aaaa) : _____

Nom de famille	**Prénom**	**Date de naissance** jour/mois/année
Adresse complète Numéro de logement/numéro municipal Rue Ville Province Code postal		**Numéro de la carte santé**
Numéros de téléphone et courriel Principal : _____ Secondaire : _____ Courriel : _____	**Langue** ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre *En choisissant l'option « Autre », vous indiquez que les membres de la famille auront besoin de services d'interprétation en :	**Sexe assigné à la naissance** ☐ Féminin ☐ Masculin

Section 2 : Motif de la demande de consultation (veuillez cocher toutes les cases pertinentes)

- ☐ Méningite ☐ Cytomégalovirus
- ☐ Problèmes d'oreille moyenne; antécédents d'otites récurrentes **ET** inquiétudes liées à des problèmes d'audition de longue durée
- ☐ Examen de l'audition préopératoire et postopératoire
- ☐ Traumatisme acoustique et/ou crânien. Veuillez préciser dans la section **Commentaires et détails** ci-dessous.
- ☐ Perte auditive présumée, NON liée à une infection ou à une dysfonction de l'oreille moyenne. Veuillez donner une description dans la section **Commentaires et détails** ci-dessous.
- ☐ Perte auditive soudaine. Veuillez donner une description dans la section **Commentaires et détails** ci-dessous.
- ☐ Troubles de la parole et du langage (si l'enfant a subi son test de dépistage auditif, veuillez faire demande **UNIQUEMENT** si vous avez des inquiétudes concernant l'AUDITION)
- ☐ Trouble du spectre de l'autisme, troubles du développement, troubles cognitifs (si l'enfant a subi son test de dépistage auditif, veuillez faire demande **UNIQUEMENT** si vous avez des inquiétudes concernant l'AUDITION)
- ☐ Préoccupations des parents ou de l'école concernant les difficultés auditives. Veuillez préciser dans la section **Commentaires et détails** ci-dessous.
- ☐ Sélection, ajustement ou évaluation de prothèse-s auditive-s. Est-ce que l'enfant porte une ou des prothèses auditives ou d'autres appareils auditifs? ☐ Oui ☐ Non

Nous n'offrons pas de tests de dépistage au CHEO

→Résident de l'Ontario : l'enfant peut faire, avant l'âge de 2 mois, l'objet d'un test de dépistage dans le cadre du programme de dépistage néonatal des troubles auditifs et d'intervention précoce (PDNTAIP). Faites le 613-688-3979, poste 3453, pour joindre le personnel du PDNTAIP.

→Résident du Québec : la famille peut communiquer avec le personnel du programme québécois de dépistage de la surdité au 819-966-6100, poste 333350.

Commentaires et détails :

EN LETTRES MOULÉES S.V.P. ***Veuillez soumettre le formulaire rempli par télécopieur au 613-738-4222.***

Section 3 : Source de la référence

☐ Médecin ☐ ORL ☐ Infirmière ou infirmer praticien ☐ Orthophoniste ☐ Audiologiste

Nom Nom de famille Prénom	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse Bureau Numéro de l'édifice Nom de la rue Ville Province Code postal		
Numéro de facturation du prestataire de soins	Signature	

***** L'équipe d'audiologie du CHEO peut également tester des enfants de 6 à 17 ans s'ils/elles ont un retard de développement important et qui ne peuvent pas effectuer les examens dans une clinique d'audiologie communautaire. ***.**