



HSJ-1943

Date de naissance	# Dossier au CHUSJ <u>ou compléter la ligne RAMQ, si non disponible</u>
Nom	Prénom
RAMQ	
Nom de la mère	Nom du père
Adresse complète	
Ville	Code postal
Téléphone maison	Autre numéro

RÉFÉRENCE EN AUDIOLOGIE / ENFANT ÂGÉ DE 0 À 17 ANS

Merci de compléter ce formulaire lisiblement en lettres moulées et le faire parvenir par télécopie au 514 345-2352 ou par courriel à audiologie.hsjs@sss.gouv.qc.ca. Pour toute question, vous pouvez communiquer avec le service d'audiologie au 514 345-4612.

Le CHU Sainte-Justine a un mandat de 3^{ème} ligne. Le service d'audiologie se réserve donc le droit de réorienter toute demande dont le motif de référence relève des services de 1^{re} ligne et que ceux-ci sont offerts dans la région de résidence de l'enfant.

MOTIF DE RÉFÉRENCE Veuillez cocher toute information pertinente. Cela nous permettra de prioriser adéquatement votre demande.

Motif urgent

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Méningite (aaaa / mm / jj) | <input type="checkbox"/> Surdité connue |
| <input type="checkbox"/> Surdité subite | N.B. L'enfant qui est connu d'un programme de d ficiency auditive en CRDP doit être orienté vers cette ressource, même s'il est connu de notre service. |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien (TCC) (aaaa / mm / jj) | <input type="checkbox"/>  valuation audiolgique non concluante* |
| <input type="checkbox"/> Trauma de l'oreille (aaaa / mm / jj) | <input type="checkbox"/> Dépistage auditif non réussi dans un autre établissement* |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie en cours | * Joindre le rapport si disponible |

Facteur de risque de surdité/ Condition médicale

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doute parental (cochez la manifestation) | <input type="checkbox"/> Facteur de risque de surdité congénital/périnatal |
| <input type="checkbox"/> Ne réagit pas à la voix | <input type="checkbox"/> Ne réagit pas aux sons forts |
| <input type="checkbox"/> Dit ne pas bien entendre | <input type="checkbox"/> Doit regarder les visages |
| <input type="checkbox"/> Antécédent familial de surdité (surdité apparue < âge 12 ans) | <input type="checkbox"/> Traitement ototoxique _____ |
| Précisez le lien familial : _____ | <input type="checkbox"/> Déficit visuel |
| <input type="checkbox"/> Malformation cranio-faciale _____ | <input type="checkbox"/> Syndrome avec surdité associée _____ |
| | <input type="checkbox"/> Autre condition médicale : _____ |

Problème otologique

- | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Otites   répétition | <input type="checkbox"/> Acouphène |
| <input type="checkbox"/> Malformation de l'oreille | <input type="checkbox"/> Vertiges/étourdissements |
| <input type="checkbox"/> Unilatérale | <input type="checkbox"/> Bilatérale |
| <input type="checkbox"/> Atrésie | <input type="checkbox"/> Microtie |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Chirurgie ORL Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Perforation tympanique | Date de chirurgie : (aaaa / mm / jj) |
| <input type="checkbox"/> Cholestéatome | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Retard de développement (suspecté ou confirmé)

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retard global de développement | <input type="checkbox"/> Retard de langage (sans autre problème de développement connu) : |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme/ trouble envahissant du développement | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

IDENTIFICATION DU R F RENT

Nom en lettres moulées	Signature	Spécialité	Numéro de permis
Nom de la clinique/ Lieu de pratique (adresse complète)			
Téléphone	Fax	Date de la référence	