

DEMANDE DE CONSULTATION EN AUDIOLOGIE

DATE _____

CONSULTATION EN AUDIOLOGIE

☐	NOUVELLE CONSULTATION	☐ ENFANT (Pour les enfants (0-3 ans) du secteur Montmagny – transmettre la requête à Lévis)
☐	CONTRÔLE AUDIOLOGIQUE : ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ autres _____	☐ ADULTE

MOTIF DE RÉFÉRENCE

Priorité

☐	SURDITÉ SUBITE UNILATÉRALE	Date d'apparition : _____ Secteur Thetford Mines: Téléphoner en audiologie ou transmettre la demande par fax immédiatement	A = < 3 jours
☐	DÉPISTAGE AUDITIF NÉONATAL	Facteur de risque :	C = < 28 jours
☐	ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE	Chirurgie :	
☐	ASYMÉTRIE		D = < 3 mois
☐	DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE		
☐	ÉVALUATION POSTOPÉRATOIRE	Chirurgie :	
☐	PATHOLOGIE D'OREILLE MOYENNE CHRONIQUE PRÉCISER :		
☐	RETARD DE LANGAGE ET/OU DÉVELOPPEMENT		
☐	VERTIGES AVEC SURDITÉ	Préciser :	
☐	ACOUPHÈNE	☐ Unilatéral date d'apparition : _____ ☐ Bilatéral date d'apparition : _____	E = < 12 mois
☐	ÉVALUATION EN VUE D'AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION		
☐	PRESBYACOUSIE		
☐	RENOUVELLEMENT D'APPAREILLAGE	DATE :	
☐	SURDITÉ PROFESSIONNELLE	# Dossier CNESST s'il y a lieu :	
☐	OTOTOXICITÉ	Médication : ☐ Pré ☐ Post	
☐	AUTRE / COMMENTAIRE		

PRÉREQUIS

☐	PRÉVOIR UN RENDEZ-VOUS EN ORL AVANT AUDIOLOGIE POUR NETTOYAGE D'OREILLES
☐	PRÉVOIR UN RENDEZ-VOUS EN ORL LE MÊME JOUR APRÈS AUDIOLOGIE
JUSTIFIER:	

Réfèrent	Nom	Envoyer à : ☐ HOPITAL DE MONTMAGNY, Service d'audiologie, 350, boulevard Taché Ouest Montmagny G5V 3R8 FAX : 418-248-1812 ☐ HÔPITAL DE SAINT-GEORGES, Centrale de rendez vous 1515, 17e Rue Saint-Georges G5Y 4T8 FAX : 418-227-9147 ☐ HOPITAL DE THETFORD MINES, 1717, rue Notre-Dame Est Thetford Mines G6G 2V4 FAX : 418-338-7703 ☐ HÔTEL-DIEU DE LÉVIS, Service d'audiologie, 143, rue Wolfe Lévis G6V 3Z1 FAX : 418- 835-2331
	Titre	
Date de la demande		
Coordonnées		

SERVICE AUDIOLOGIE

