



Formulaire de référence – Services en audiologie

Télécopieur : 613-526-7126

Informations personnelles du client ou de la cliente

Prénom	Nom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre
Adresse (App, numéro, rue)		Ville	Province	Code Postal
# de téléphone maison	# <input type="checkbox"/> cellulaire <input type="checkbox"/> travail	Langue(s) parlée(s) par le/la client(e): <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre(précisez)		
Couverture d'assurance: DVA/VAC K#		WSIB	ODSP	
OHIP		Assurance privée. Si assurance privée, svp précisez:		

Mandataire **Veuillez noter que le régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) ne défraie pas le coût des évaluations auditives et/ou de la gestion du cérumen.

Prénom	Nom	Lien avec le/ la client(e)
# de Téléphone pour prendre les rendez-vous		Langue préférée <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais

Besoins principaux/motif de la référence (Cocher tous ceux qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Dépistages auditives néonataux (0 – 6 mois) Évaluation périphérique-vérifier: perte auditive (6 mois et +) TTA- Évaluation des habiletés de traitement auditif (7 ans et +) <input type="checkbox"/> Inquiétudes des parents en raison de difficultés auditives Perte auditive soupçonnée, non relié à une otite Réévaluation auditive Problèmes d'oreille moyenne; histoire d'otites récurrentes	<input type="checkbox"/> Inquiétudes au niveau de la parole ou du langage <input type="checkbox"/> Perte auditive soudaine (dans les dernières 24-48h) <input type="checkbox"/> Inquiétudes d'apprentissages scolaires <input type="checkbox"/> Acouphènes <input type="checkbox"/> Évaluation pour appareils auditifs <input type="checkbox"/> Gestion de cérumen <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Est-ce que le client porte déjà des appareils auditifs? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Année de l'achat:	
Votre demande est-elle reliée à un diagnostic ou à des observations particulières? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (précisez)	

Source de référence (Qui vous a parlé de la clinique?)

Bouche à oreille	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> CHEO	<input type="checkbox"/> L'école	<input type="checkbox"/> ORL
<input type="checkbox"/> Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Auto référence	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)		

Médecin de famille	Fournisseur de soins de santé référent
Prénom et nom	Prénom et nom
Adresse	Adresse
# de téléphone	# de téléphone