

Miramichi Regional Hospital
500 Water Street
Miramichi, NB E1V 3G5
Phone: (506) 623-3120 / Fax: (506) 623-6198

Name: _____
 Unit #: _____
 Date of Birth: _____
 Address: _____
 Medicare#: _____
 Phone: _____(H) _____(Other)

AUDIOLOGY REFERRAL

Referral Source: _____
 Family Physician: _____
 Referred for other services: ENT SLP Other _____

Can we leave a message? Yes No
 Next of Kin: _____
 Language: English French Interpreter required
 Date of Referral: _____

REASON FOR REFERRAL: _____

Section I: To be completed by physician (please check all relevant boxes)

Urgent request for Hearing Evaluation (e.g. sudden onset hearing loss)

<input type="checkbox"/> Hearing Evaluation	<input type="checkbox"/> Auditory Brainstem Response (ABR) *	<input type="checkbox"/> Ototoxic monitoring
<input type="checkbox"/> Hearing Aid Evaluation*	<input type="checkbox"/> Auditory Processing Disorder screening (must be 7+ years)	
<input type="checkbox"/> VNG (ENT request only)		
<input type="checkbox"/> Audiologist may need assistance (health issues, e.g. dev. delays or dementia/cognitive delays)		
*Current hearing test (within 6 months) required		

Section II: To be completed by patient or family member Please complete the following questionnaire. This information will help us provide you with better service.

- If a hearing loss is present, was the hearing loss: Sudden Gradual
- When did the hearing loss occur? _____
- Which ear(s) has been affected by the hearing loss: Right Left Both
- Have you ever had a hearing test before? Yes No
 If yes, where and when? _____
- Do you wear hearing aids: Right Left Both No
- Do you hear noises in your ear(s) (buzzing, ringing or other) Right Left Both No

Please check if any of the following apply:

- Recent or frequent ear infections comments: _____
- Operation(s) in ear(s)..... comments: _____
- Dizziness, vertigo or loss of balance comments: _____
- Exposed to noisy activities..... comments: _____
If yes – patient must be out of loud noise at least 12 hours prior to appointment

ADDITIONAL INFORMATION: _____

Hôpital Régional de Miramichi
500, rue Water
Miramichi, N.-B. E1V 3G5
Téléphone: 623-3120 / Téléc. : 623-6198

RÉFÉRENCE EN AUDIOLOGIE

Source de référence: _____
 Médecin de famille: _____ Date de référence: _____

Une référence a été faite pour d'autres services: ORL Orthophonie Autre _____

MOTIF DE LA RÉFÉRENCE: _____

Partie I: À être complété par le médecin (veuillez cocher toutes les cases appropriées)

Demande d'évaluation auditive urgente (ex. : surdité subite)

<input type="checkbox"/> Évaluation auditive <input type="checkbox"/> Potentiels Évoqués Auditifs du Tronc Cerebral (PEATC) * <input type="checkbox"/> Évaluation pour appareil(s) auditif(s)* <input type="checkbox"/> Surveillance de l'ototoxicité <input type="checkbox"/> VNG (demande d'ORL seulement) <input type="checkbox"/> Dépistage de Trouble de traitement auditif (doit être âgé de 7 ans ou plus) <input type="checkbox"/> L'audiologiste pourrait avoir besoin d'assistance (ex. délais de dével./démence/délais cognitifs) *Test auditif récent (< 6 mois) requis
--

Partie II : À être complété par le patient ou un membre de la famille. S'il-vous-plait remplir le questionnaire ci-dessous. Cette information va nous aider à mieux vous servir.

- S'il y a une perte auditive, est-ce qu'elle s'est manifestée de façon: Soudaine Graduelle
- Quand est-ce que la perte auditive a eue lieu? _____
- Quelle(s) oreille(s) est/sont affectée(s) par la perte auditive: Droite Gauche Les deux
- Est-ce que vous avez déjà subi un test auditif? Oui Non
 Si oui, où et quand? _____
- Portez-vous des d'appareil(s) auditif(s): Droite Gauche Les deux Non
- Entendez-vous des bruits dans l'/les oreille (s)? Droite Gauche Les deux Non
 (ex : sifflement, bourdon, cillement, ou autre)

S'il-vous-plait cocher s'il y a lieu:

- Infection d'oreille récente ou chronique..... commentaires: _____
- Chirurgie(s) à/aux oreille(s)..... commentaires: _____
- Étourdissement, vertige ou perte d'équilibre commentaires: _____
- Exposition à des bruits forts..... commentaires: _____

Si oui - le patient ne doit pas avoir été exposé à des bruits forts pendant au moins 12 heures avant le rendez-vous

INFORMATION ADDITIONELLE: _____