

**Demande de services audiolinguistiques
Service d'orthophonie et d'audiologie**

Nom :	Sexe :	Date de naissance :
Adresse :	Médecin :	
Code postal :	Copies fournies à :	
N° d'assurance-maladie :	Raison de la demande :	
Parent/Tuteur :		
Téléphone : Domicile :	Bureau :	
Langue de préférence : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		

**Service demandé : Test auditif Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral
 Autre : _____**

ORL seulement										
EOG : Cochez seulement les tests demandés										
<table> <tr> <td>Tests standards d'EOG :</td> <td>Tests particuliers additionnels :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Épreuve vestibulaire calorique</td> <td><input type="checkbox"/> Tests de position</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suivi du regard</td> <td><input type="checkbox"/> Tests optocinétiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Poursuite oculaire régulière</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Poursuite saccadée</td> <td></td> </tr> </table>	Tests standards d'EOG :	Tests particuliers additionnels :	<input type="checkbox"/> Épreuve vestibulaire calorique	<input type="checkbox"/> Tests de position	<input type="checkbox"/> Suivi du regard	<input type="checkbox"/> Tests optocinétiques	<input type="checkbox"/> Poursuite oculaire régulière		<input type="checkbox"/> Poursuite saccadée	
Tests standards d'EOG :	Tests particuliers additionnels :									
<input type="checkbox"/> Épreuve vestibulaire calorique	<input type="checkbox"/> Tests de position									
<input type="checkbox"/> Suivi du regard	<input type="checkbox"/> Tests optocinétiques									
<input type="checkbox"/> Poursuite oculaire régulière										
<input type="checkbox"/> Poursuite saccadée										
Priorité : <input type="checkbox"/>Élevée <input type="checkbox"/>Moyenne <input type="checkbox"/>Basse										

SVP compléter le questionnaire suivant. Votre médecin recommande que vous ou votre enfant subissiez un test auditif et l'information fournie nous aidera à mieux vous servir.

Dans quelle oreille se présente le trouble? Droite Gauche Les deux
 La perte auditive était soudaine ou graduelle
 Avez-vous déjà subi un test auditif? Non Oui Si oui, où? _____
 Avez-vous déjà porté des appareils auditifs? Non Oui Si oui, SVP fournir plus d'information : _____

SVP encercler toutes les réponses qui s'appliquent :

Récente infection d'oreille(s)?	Oui	Non	Oreille droite	Oreille gauche
Fréquentes infections d'oreille(s)?	Oui	Non	Oreille droite	Oreille gauche
Douleur aux oreilles?	Oui	Non	Oreille droite	Oreille gauche
Écoulement des oreilles?	Oui	Non	Oreille droite	Oreille gauche
Chirurgie aux oreilles?	Oui	Non	Oreille droite	Oreille gauche
Bruits dans les oreilles (bourdonnement, sifflement, etc)?	Oui	Non	Constamment	Parfois
Bruits dans l'oreille	Droite	Gauche	Les deux	
Étourdissement?	Oui	Non	Fréquemment	Parfois
Trouble de l'équilibre?	Oui	Non	Fréquemment	Parfois

Est-ce qu'un membre de votre famille immédiate a déjà connu une perte auditive nécessitant des appareils auditifs dans l'enfance?

Non Oui Si oui, SVP spécifier (tante, oncle, mère, père, frère, etc).

SVP cocher tout problème qui aurait pu survenir.

fracture du crâne coup très fort à la tête engourdissement vision floue ou double
 douleur au visage ou spasmes faciaux faiblesse faciale difficultés à parler ou à avaler

SVP énumérer tous les médicaments que vous prenez actuellement (y compris les médicaments en vente libre) : _____

Est-ce qu'il y a eu une exposition à des activités bruyantes, telles que :

chasse tir sur cible (tir droit ou tir gauche) instruments musicaux
 conduite de motocyclette ou VTT motoneige service militaire bruits industriels (construction, travail en usine, travail mécanique) Autre? _____

Avez-vous consulté un oto-rhino-laryngologiste (ORL)? Non Oui

Si oui, pourquoi?

Dans quelle mesure vos activités de la vie quotidienne ont-elles été affectées par votre problème?

SVP compléter la section suivante si la demande de service s'applique à un bébé ou à un enfant

Est-ce que votre enfant a subi une évaluation audiolinguistique à la naissance ou par la Santé publique (clinique préscolaire)?

Oui Non

Si oui, quels étaient les résultats? réussite faillite je ne sais pas

Quels problèmes ou comportements vous inquiètent concernant l'audition de votre enfant (ex. retard de parole, vous demande souvent de répéter)?

Indiquez le jour et l'heure qui vous conviennent le mieux pour votre rendez-vous

Ajoutez toute autre information que vous jugez importante pour nous

Signature _____

Date _____