

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

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

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

<b>ORL seulement</b>										
<b>EOG : Cochez seulement les tests demandés</b>										
<table> <tr> <td><b>Tests standards d'EOG :</b></td> <td><b>Tests particuliers additionnels :</b></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>	<b>Tests standards d'EOG :</b>	<b>Tests particuliers additionnels :</b>	<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	
<b>Tests standards d'EOG :</b>	<b>Tests particuliers additionnels :</b>									
<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										
<b>Priorité : <input type="checkbox"/>Élevée <input type="checkbox"/>Moyenne <input type="checkbox"/>Basse</b>										

**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 \_\_\_\_\_