



Centre hospitalier de l'Université de Montréal

AUDIOLOGIE
REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS EN AUDIOLOGIE - ADULTE

MERCI DE REMPLIR LE FORMULAIRE ET DE LE FAIRE PARVENIR PAR :
TÉLÉCOPIEUR : 514-412-7260
COURRIEL : audiologie.chum@ssss.gouv.qc.ca
Pour toute question, vous pouvez communiquer avec le service d'audiologie du CHUM au 514-890-8236

- Usager externe / Usager hospitalisé et raison d'admission
Interprète requis (langue)

PARTICULARITÉS :

- Fauteuil roulant, déambulateur, fauteuil motorisé / Civière
Trouble cognitif, déficience intellectuelle, trouble du comportement / Autre

MOTIFS DE RÉFÉRENCE (Délai de prise en charge variable)
Zone ombragée : référence seulement permise par requérant du CHUM

- Surdité
- Soupçonnée avec limitation de la communication
- Professionnelle
- Connue (contrôle)
- Avec problème visuel important
- Unilatérale
Acouphène/Hyperacousie
- Handicapant
- D'apparition soudaine/récente (< 3 mois)
- Unilatéral/pulsatile
Vertiges et déséquilibres
- Ménière, en investigation ORL
- Crise active avec surdité ou acouphène
Surdité subite
- Récente soupçonnée (moins de 2 mois)
- Non récente soupçonnée (plus de 2 mois)
Amplification auditive
-  valuation globale des besoins en vue d'une acquisition / renouvellement appareillage auditif ou des aides de suppléance à l'audition

- Implants à ancrage osseux
-  valuation de la candidature pour système auditif à ancrage osseux ou relance
- Défectuosité ou perte d'un système auditif à ancrage osseux
- Remise processeur système auditif à Ancrage osseux
- Pilier (12 semaines post-chirurgie)
- Transcutan  (4 semaines post-chirurgie)
Date de chirurgie :
Autres :
Conditions associées
- Problèmes otologiques
- Barotrauma ou traumatisme sonore récent (< 1 mois)
- Condition neurologique, précisions :
- Schwannome vestibulaire
- NF
- NF1
- NF2
- Schwannomatose

<input type="checkbox"/> Trouble de traitement auditif (TTA) à investiguer <input type="checkbox"/> Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral <input type="checkbox"/> Recherche de seuils (joindre évaluation audiologique antérieure) <input type="checkbox"/> Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral en vue d'éliminer une atteinte rétrocochléaire <input type="checkbox"/> Évaluation en vue d'éliminer une neuropathie auditive	<input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative ou auto-immune <input type="checkbox"/> Paralysie faciale en investigation <input type="checkbox"/> Tumeur cérébrale <input type="checkbox"/> Traumatisme crânio-cérébral récent avec symptôme auditifs ou vestibulaires <input type="checkbox"/> Syndrome en investigation (ex. : Melas)
MOTIFS AVEC SUIVI(S) À PRÉVOIR _____	
<input type="checkbox"/> Contrôle de surdité subite <input type="checkbox"/> En cours, dates souhaitées : _____ <input type="checkbox"/> Post-traitement, dates souhaitées : _____	
<input type="checkbox"/> Médication ou traitement ototoxique (incluant radiothérapie tête et cou) <input type="checkbox"/> Évaluation pré-traitement, date début du traitement : _____ <input type="checkbox"/> En cours de traitement, date prochain traitement : _____ <input type="checkbox"/> Traitement continu	
<input type="checkbox"/> Évaluation pré ou post-opératoire (ORL ou neurochirurgie) <input type="checkbox"/> Chirurgie prévue, précisions : _____ <input type="checkbox"/> Évaluation pré-opératoire, date de la chirurgie : _____ <input type="checkbox"/> Évaluation(s) post-opératoire(s), précisions : _____	
Nom du référent : _____ Numéro de permis : _____	
Nom et coordonnées de la clinique : _____	
Signature : _____ Date : _____	