



HME HGM HRV
 MCH MGH RVH
 HNM ITM CL
 MNH MCI LC

Hôpital de Montréal pour enfants AUDIOLOGIE - Formulaire de référence

1001, boul. Décarie, Room A.RC-4227
Montréal, Québec, H4A 3J1

Téléphone: (514) 412-4454

Fax: (514) 412-4367 Courriel: audiologie.hme@muhc.mcgill.ca

Date de référence (aaaa/mm/jj):

Informations du patient (lettres moulées):

Date de naissance (aaaa/mm/jj):

No dossier HME.

Nom de famille, Prénom

Adresse

Ville, Province

Code postal

Numéro de téléphone 1:

Autre numéro de téléphone

Courriel

Langue

Français Anglais Autre: _____
 Besoin d'un interprète

SVP décrire vos inquiétudes et inscrire l'âge de l'enfant:

N.B. Nous acceptons les références de patients résidant sur l'île de Montréal SEULEMENT, sauf si dossier médical jugé complexe.

Les références pour un dépistage auditif chez le nouveau-né doivent être envoyées AVANT l'âge de 3 mois.

SVP cocher tout ce qui est applicable, même si aucun diagnostic n'a été posé:

- Suspicion d'un TSA Les parents en ont été informés
 Retard de langage Spécifier: _____
 L'enfant est sur une liste d'attente pour les services suivants Spécifier: _____
-
- Les parents soupçonnent une perte auditive
 Histoire familiale de surdité Spécifier: _____
 Histoire d'otites moyennes
 Une évaluation du traitement de l'audition centrale est recommandée (7 ans et plus seulement)
 Évaluation audiolinguistique fait ailleurs: SVP joindre le(s) rapport(s) si disponible(s)
 - A échoué le dépistage auditif
 - Évaluation incomplète
 - Perte auditive identifiée ; évaluation à compléter ou un suivi est nécessaire
 - Deuxième opinion demandée
- Enfant à risque élevé d'avoir une perte auditive:
 - Médication ototoxique Méningite
 - Anomalité(s) cranio-faciale(s) Histoire néonatale complexe: _____
 - Toute condition médicale associée à une perte auditive : _____

SVP indiquer si l'enfant reçoit des services: spécifier les coordonnées si possible

- CRDP (Centre de réadaptation en déficience physique): _____
 CRDI (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle): _____
 CLSC / Agir Tôt: _____
 Service de la protection de la jeunesse (ex. DPJ) Suivi actif Coordonnées de l'intervenant: _____
 Autre: _____

Référent:

Nom du référent:

Numéro de permis:

Adresse:

Numéro de téléphone:

Numéro de fax:

Nom du médecin traitant (si différent):

LES PARENTS SONT INFORMÉS DE CETTE RÉFÉRENCE ET ACCEPTENT

Signature:

SVP ENVOYER CETTE RÉFÉRENCE PAR TÉL ÉCOPIEUR OU PAR COURRIEL:

Télécopieur: 514-412-4367

Courriel: audiologie.hme@muhc.mcgill.ca