

Referral Form - Audiology Services

***The Interprofessional Clinic is a teaching clinic. As such, most services are offered by students under the supervision of a clinical educator. In all cases, the supervisors are registered members of their respective college. It is possible that students observe the sessions.**

Fax # 613-526-7126

Client's personal information

Given name	Last name	Date of birth (dd/mm/yyyy)	Age	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other
Address	Apt.	City	Province	Postal Code Preferred Pronouns
Home telephone #	<input type="checkbox"/> Work or <input type="checkbox"/> cell telephone #	Languages spoken by the client <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other (specify)		

Substitute-decision maker

Given name	Last name	Relationship to client
Telephone # to book appointments		Preferred language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French

Reasons for referral (Select all that apply)

<input type="checkbox"/> Infant screenings (0 - 6 months)	<input type="checkbox"/> Speech or language concerns
<input type="checkbox"/> Peripheral hearing assessment- to rule out hearing loss (6 months+)	<input type="checkbox"/> Sudden onset of hearing loss or changes
<input type="checkbox"/> CAPD-Central Auditory Processing Disorder assessment (7yrs +)	<input type="checkbox"/> School concerns, learning difficulties
<input type="checkbox"/> Parental concerns re: hearing difficulties	<input type="checkbox"/> Tinnitus
<input type="checkbox"/> Suspected hearing loss, not related to middle ear fluid/infection	<input type="checkbox"/> Hearing aid evaluation
<input type="checkbox"/> Hearing re-assessment	<input type="checkbox"/> Earwax/cerumen management
<input type="checkbox"/> Middle ear problems; history of recurrent otitis media	<input type="checkbox"/> Other (specify)
Does the client wear hearing aids? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Is your referral related to a specific diagnosis or any specific observations? (specify)	

Source of referral (How did you hear about the clinic?)

<input type="checkbox"/> OCT	<input type="checkbox"/> First words	<input type="checkbox"/> CHEO	<input type="checkbox"/> School	<input type="checkbox"/> LHIN
<input type="checkbox"/> Family doctor	<input type="checkbox"/> Self-refer	<input type="checkbox"/> Other (specify)		

Family Doctor

Referring Healthcare Provider

First & Last Name	First & Last Name
Address	Address
Telephone #	Telephone #

Signature (client or substitute-decision maker)

Date (dd/mm/yyyy)

Formulaire de référence – Services en audiologie

* La Clinique interprofessionnelle est une clinique d'apprentissage. La plupart des services sont offerts par des étudiants sous la supervision d'un éducateur-clinicien. Tous les superviseurs sont membres de leur ordre respectif. Il est possible que des étudiants observent les séances.

Télécopieur : 613-526-7126

Informations personnelles du client ou de la cliente

Prénom	Nom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre
Adresse	App.	Ville	Province	Code Postal
# de téléphone maison	# de téléphone <input type="checkbox"/> cellulaire <input type="checkbox"/> travail	Langue(s) parlée(s) par le/ la client(e) <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre (précisez)		
Pronoms préférés				

Mandataire

Prénom	Nom	Lien avec le/ la client(e)
# de Téléphone pour prendre les rendez-vous		Langue préférée <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais

Besoins principaux/motif de la référence (Cocher tous ceux qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Dépistages auditives néonataux (0 – 6 mois)	<input type="checkbox"/> Inquiétudes au niveau de la parole ou du langage
<input type="checkbox"/> Évaluation périphérique-vérifier : perte auditive (6 mois et +)	<input type="checkbox"/> Perte (ou changement) auditive soudaine
<input type="checkbox"/> TTA- Évaluation des habiletés de traitement auditif (7 ans et +)	<input type="checkbox"/> Inquiétudes d'apprentissages scolaires
<input type="checkbox"/> Inquiétudes des parents en raison de difficultés auditives	<input type="checkbox"/> Acouphènes
<input type="checkbox"/> Perte auditive soupçonnée, non relié à une otite	<input type="checkbox"/> Évaluation pour appareils auditifs
<input type="checkbox"/> Réévaluation auditive	<input type="checkbox"/> Gestion de cérumen
<input type="checkbox"/> Problèmes d'oreille moyenne; histoire d'otites récurrentes	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Est-ce que le client porte déjà des appareils auditifs? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Votre demande est-elle reliée à un diagnostic ou à des observations particulières? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (précisez)	

Source de référence (Qui vous a parlé de la clinique?)

<input type="checkbox"/> OCTC	<input type="checkbox"/> Premiers mots	<input type="checkbox"/> CHEO	<input type="checkbox"/> L'école	<input type="checkbox"/> RLISS
<input type="checkbox"/> Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Auto référence	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)		

Médecin de famille

Fournisseur de soins de santé référent

Prénom et nom	Prénom et nom
Adresse	Adresse
# de téléphone	# de téléphone

Signature du client ou mandataire

Date (jj/mm/aaaa)