



Referral Form - Audiology Services

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)		
Insurance Coverage: <input type="checkbox"/> HCAI <input type="checkbox"/> WSIB <input type="checkbox"/> ODSP <input type="checkbox"/> Private Insurance. If private insurance please 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"/> Peripheral hearing assessment- to rule out hearing loss (6 months+) <input type="checkbox"/> CAPD-Central Auditory Processing Disorder assessment (7yrs +) <input type="checkbox"/> Parental concerns re: hearing difficulties <input type="checkbox"/> Suspected hearing loss, not related to middle ear fluid/infection <input type="checkbox"/> Hearing re-assessment <input type="checkbox"/> Middle ear problems; history of recurrent otitis media	<input type="checkbox"/> Speech or language concerns <input type="checkbox"/> Sudden onset of hearing loss (within the last 24-48hrs) <input type="checkbox"/> School concerns, learning difficulties <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Hearing aid evaluation <input type="checkbox"/> Earwax/cerumen management <input type="checkbox"/> Other (specify)
Does the client wear hearing aids? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Is your referral related to a specific diagnosis or any specific observations? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (specify)	

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

<input type="checkbox"/> OCTC	<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 #



Formulaire de référence – Services en audiologie

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	Pronoms préférés	
# de téléphone maison	# <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)		
Couverture d'assurance : <input type="checkbox"/> HCAI <input type="checkbox"/> WSIB <input type="checkbox"/> ODSP <input type="checkbox"/> assurance privée. Si assurance privée, svp précisez :				

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 auditive soudaine (dans les dernières 24-48h)
<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"/> non <input type="checkbox"/> oui	
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

Prénom et nom
Adresse
de téléphone

Fournisseur de soins de santé référent

Prénom et nom
Adresse
de téléphone