

DEMANDE DE SERVICES-DÉFICIENCE AUDITIVE

► **Obligatoire si disponible** • **Complémentaire**

S.V.P. LES DOCUMENTS REQUIS

À L'USAGE DU CRE : N° dossier : _____
 Correction à apporter

► **NOM :** _____

► **PRÉNOM :** _____

► **DATE DE NAISSANCE :** _____ / _____ / _____
année mois jour

► **SEXE :** M F

► **N° ASSURANCE-MALADIE :** _____

► **Date d'expiration :** _____

► **ADRESSE :** _____
Numéro Rue App.

_____ Municipalité Code postal

► **TÉLÉPHONE :** Domicile : (____) _____ ATS
Cellulaire : (____) _____

Travail : Père : (____) _____
Mère : (____) _____

Cellulaire : Père : (____) _____
Mère : (____) _____

COURRIEL : _____

TÉLÉCOPIEUR : Domicile : (____) _____

► **LANGUE(S) PARLÉE(S) :** F A Autre : _____

ÉTAT CIVIL : _____

● **RÉGIME DE PROTECTION** (curateur, tuteur, conseiller) :
Nom : _____
Téléphone : (____) _____ poste _____

► **LIEU DE RÉSIDENCE :**

1- Milieu naturel (avec parents, conjoint, enfants, milieu de vie autonome)

2- Famille d'accueil (nom : _____)

3- Autre centre de réadaptation (CR) _____

4- Centre hospitalier : _____

5- CHSLD : _____

6- Hébergement privé : _____

7- Autres (chambre et pension, communauté religieuse)

● **AUTONOMIE :**

1- Ambulant

2- Ambulant avec appareil d'appui

3- Ambulant avec aide d'une personne

4- Fauteuil roulant : électrique

5- Fauteuil roulant : manuel avec aide sans aide

6- Alité

● **MODE DE COMMUNICATION UTILISÉ :**

1- Parole et imprimé standards

2- Parole et imprimé gros caractères

3- Parole et braille

4- Parole et bande sonore

5- Tableau/appareil de communication

6- Relais Bell et langage gestuel

7- Autre personne comme intermédiaire

► **PERSONNE(S) SIGNIFICATIVE(S) À CONTACTER**

rendez-vous : _____ OU urgence : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

▪ Domicile : (____) _____ (____) _____

▪ Travail : (____) _____ (____) _____

▪ Cell. : (____) _____ (____) _____

Si pertinent :

► **N° SAAQ :** _____

► **N° CSST :** _____

► **N° IVAC :** _____

► **PERMIS DE CONDUIRE :** _____

► **DATE DE L'ACCIDENT :** _____ / _____ / _____
année mois jour

► **STATUT :**

Étudiant : École fréquentée : _____
Commission scolaire : _____
 CPE primaire secondaire collégial universitaire

Travailleur : Titre d'emploi : _____
Employeur : _____
 temps complet temps partiel

Sans emploi

Retraité

Informations obligatoires à compléter si la demande concerne un enfant :

• Qui fait la demande : Père Mère

• Parent avec qui on doit prendre contact : Père Mère

► **PARENTS :**

Nom du père : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : Parents Père Mère

_____ Numéro Rue App.

_____ Municipalité Code postal

Adresse si différente : Père Mère

_____ Numéro Rue App.

_____ Municipalité Code postal

● **Garde légale :**

mère seulement père seulement

autre membre de la famille (frère, sœur)

autre parent garde partagée

Nom de l'utilisateur : _____

Numéro de dossier du CRE : _____

► SERVICE(S) DEMANDÉ(S)

- Audiologie
 Orthophonie
 Neuropsychologie/psychologie
 Aides techniques (évaluation des besoins faite)
- Éducation spécialisée
 Travail social

► ORIGINE DE LA DEMANDE

Nom : _____

Date : _____ / _____ / _____
année mois jour

- Usager, famille ou ami
 Audiologiste
 Audioprothésiste
 Otorhinolaryngologiste
 Autre, préciser : _____
- Médecin
 Gestionnaire de cas
 SAAQ
 CSST
 IVAC

Établissement : _____

Téléphone : () _____ poste _____

Télécopieur : () _____

AGENT PAYEUR: J'autorise par la présente la dispensation des services en lien avec l'objet de la demande

Signature : _____ Date : _____

► DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET CONDITIONS ASSOCIÉES

Allergies? non oui _____

La personne est-elle porteuse du SARM? non oui
 ne sait pas

► OBJET DE LA DEMANDE

- Problème d'adaptation aux appareils auditifs
 Problèmes liés au travail / études
 Doit renouveler ses appareils auditifs
 Problèmes à entendre au téléphone, la TV, les signaux sonores de la maison
 Problèmes de communication qui persistent malgré un appareillage optimal
 Candidat potentiel à l'implant cochléaire
 Attribution des aides techniques

Les difficultés se manifestent depuis : _____

Date de renouvellement du dernier appareil auditif : _____

Date de la dernière évaluation audiolgique : _____

TYPE DE SERVICES REÇUS (cocher et préciser s.v.p.)

	Actuel	Antérieur	Nom du professionnel	Nom de l'établissement
<input type="checkbox"/> Audiologiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Audioprothésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otorhinolaryngologiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

AUTORISATION DE TRANSMETTRE DES RAPPORTS

Je _____ autorise _____ à transmettre au
usager / personne autorisée référent / établissement

Centre de réadaptation Estrie la présente demande ainsi que tous les documents nécessaires à l'étude de celle-ci. Cette autorisation est valide pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.
(30-60-90)

_____ Signature usager / représentant

_____ Signature témoin

_____ Date

Note : Prière d'adresser cette demande à **L'ACCUEIL** :

- par courrier : 300, rue King Est, bureau 200, Sherbrooke (Québec) J1G 1B1 ou
- par adresse courriel : guichetaeo.cissse-chus@ssss.gouv.qc.ca ou
- par télécopieur (819) 564-7670

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer au **(819) 346-8411 poste 43304**.

Réservé au Centre de réadaptation Estrie

Date de réception : _____ Signature : _____