NOVA SCOTIA HEARING & SPEECH CENTRES

DEMANDE DE CONSULTATION

1-888-780-3330
(appelez pour vous renseignez)
www.nshsc.nshealth.ca

Impression de la carte hospitalière

Nom de famille _____

Prénom _____ 2e prénom _____

Date de naissance: _____/_____/_____ Sexe: M ❑ F ❑
j m a

Adresse _____

No d'apt. _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____

Tél (D) _____ (T) _____

No de carte santé _____

Province : N.-É. ❑ ou _____ Date d'expiration ___/___/___

Plus proche parent _____ Tél _____

No GRC _____ No Forces armées _____

Autre ou nom du pays _____

Ce patient a-t-il déjà eu une consultation aux NSHSC? O ❑ N ❑

Où _____ No de dossier _____

MÉDECIN DE FAMILLE

Nom _____

Adresse _____

_____

Code postal _____ Tél _____

SOURCE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION: _____

Nom de la compagnie/agence _____

Adresse _____

_____ Code postal _____

Tél _____ Date _____

SYMPTÔMES/RAISONS DE LA DEMANDE DE CONSULTATION

DIAGNOSTICS MÉDICAUX PERTINENTS

Y a-t-il des **procédures spéciales** pour ce cas en liaison à des **considérations de culture, de langue ou d'accessibilité** (p. ex. langue maternelle autre que l'anglais, mobilité, vision, littératie)? ☐ OUI ☐ NON

Si c'est le cas, veuillez décrire :

Quelles sont les **langues** parlées à la maison?

DEMANDE DE CONSULTATION EN AUDIOLOGIE

☐ Évaluation complète de l'audition ☐ Dépistage auditif ☐ Traitement des informations auditives [doit avoir + de 7 ans]

*** Potentiels évoqués** ☐ ABR [Réponse évoquée auditive du tronc cérébral] ☐ Autre _____
*** Un audiogramme récent est nécessaire.** Si possible, indiquez les résultats d'impédance.

Ces services sont-ils exigés à des fins d'emploi, d'assurance ou de pension : ☐ OUI ☐ NON Si c'est le cas, pourquoi?
Les NSHSC peuvent demander une consultation en oto-rhino-laryngologie : ☐ OUI ☐ NON

DEMANDE DE CONSULTATION EN ORTHOPHONIE

☐ Évaluation orthophonique ☐ Évaluation de la voix ☐ Évaluation de la dysphagie (déglutition) (Là où c'est disponible)

☐ Autre _____

OPTIONNEL :

J'accepte que la personne suivante reçoive de l'information sur mon rendez-vous aux NSHSC:

_____ (nom / poste / relation)

_____ (téléphone / adresse)

Client ou tuteur _____ Date _____

Nom / Signature