HEARING & SPEECH NOVA SCOTIA

DEMANDE DE CONSULTATION

1-888-780-3330 (appelez pour tout renseignement)
www.hearingandspeech.ca

Empreinte de la carte d'hôpital

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Second prénom : _____
Date de naissance : _____/_____/_____ Pronoms : Il/Le ☐ Elle/La ☐ Autre ☐ _____
jour mois année
Adresse : _____
No d'app. : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Tél. cellulaire : _____ Tél. du domicile : _____

No de carte de santé : _____ Province : N.-É. ☐ ou _____ Date d'expiration _____/_____/_____
No de la GRC : _____ No des forces armées : _____ Nom du pays : _____
Autre personne-ressource : _____ Tél. :
_____

PERSONNE DEMANDANT LA CONSULTATION : Date : _____
☐ MOI-MÊME (adresse ci-dessus)
☐ Autre : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Tél. : _____

MÉDECIN DE FAMILLE OU INFIRMIER OU INFIRMIÈRE PRATICIENNE (si vous en avez un ou une)
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Tél. : _____ Fax : _____

DÉCRIVEZ VOS INQUIÉTUDES OU VOS RAISONS POUR DEMANDER CETTE CONSULTATION :

DEMANDE DE CONSULTATION EN ORTHOPHONIE :
☐ Évaluation de la parole et du langage (y compris dépistage auditif)
☐ Évaluation de la dysphagie (déglutition) (si disponible) ☐ Évaluation de la voix
☐ Autre/Ne sait pas : _____

DEMANDE DE CONSULTATION EN AUDIOLOGIE :
☐ Évaluation complète de l'audition ☐ Traitement des informations auditives (doit avoir 7 ans ou plus)
☐ Dépistage de l'audition ☐ Réponse auditive du tronc cérébral
☐ Autre/Ne sait pas : _____

Y a-t-il autre chose que Hearing & Speech Nova Scotia devrait savoir pour se préparer à l'évaluation?
Par exemple, besoin d'interprète ou de traducteur, troubles de la mobilité, de la vision ou de l'alphabétisation?
Si oui, veuillez les décrire :

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