



HEARING & SPEECH NOVA SCOTIA REFERRAL

Fax form to [location](#)
Questions? Call 1-888-780-3330
www.hearingandspeech.ca

Hospital card imprint

*Indicates Required Fields

*Name: Last _____			First _____			Middle _____					
*Date of Birth: ____/____/____			Pronouns: ☐ He/Him ☐ She/Her ☐ They/Them ☐ _____								
d			m			y					
Address: _____											
Apt. #: _____			City: _____			Province: _____			Postal Code: _____		
*Cell #: _____			Home #: _____			*Email (if available): _____					
Alternate Contact: _____			Relationship: _____			Tel: _____					

*Health #: _____			*Province: NS ☐ or _____			Expiry Date: ____/____/____		
RCMP #: _____			Armed Forces #: _____			Country Name: _____		

*PERSON REFERRING: Date: _____		FAMILY DOCTOR or NURSE PRACTITIONER (if you have one)	
☐ SELF (address above)		Name (first/last): _____	
☐ Other: _____		Address: _____	
Address: _____		Postal Code: _____	
Postal Code: _____		Tel: _____ Fax: _____	

*DESCRIBE YOUR CONCERNS/REASON FOR REFERRING:

*Is the client available to attend appointments on short notice (within 24 hours)? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

*For pediatric referrals, do you suspect the child being referred has autism? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

*If yes, are the caregivers aware? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

REFERRAL FOR SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY:

☐ Speech-Language Assessment (includes Hearing Screening) ☐ Voice Assessment (ENT consult may be required prior to treatment)

☐ Dysphagia (swallowing) Assessment where available (Diagnostic Imaging Requisition required)

☐ Other/Don't Know: _____

REFERRAL FOR AUDIOLOGY:

☐ Complete Hearing Evaluation	☐ Auditory Processing [must be 7 years or older]
☐ Hearing Screening	☐ Auditory Brainstem Response (ABR)
☐ Other/Don't Know: _____	

Is there anything Hearing & Speech Nova Scotia should know to prepare for the assessment?
E.g. interpreter/translator required, mobility, vision, or literacy challenges?
If yes, please describe:

Which **languages** are spoken at home?



HEARING & SPEECH NOVA SCOTIA DEMANDE DE CONSULTATION

Envoyer le formulaire par télécopieur à
[établissement](mailto:info@hearingandspeech.ca).

Des questions? Appelez au 1-888-780-3330.

www.hearingandspeech.ca

Repiquage de la carte d'hôpital

***Indique les champs obligatoires**

***Nom :** Nom _____ Prénom _____ Second prénom _____

***Date de naissance :** ____/____/____ Pronoms : ☐ Il ☐ Elle ☐ Iel ☐ _____
j m a

Adresse : _____

App. n° : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

***N° de cell. :** _____ **N° du domicile :** _____ ***Courriel (si disponible) :** _____

Autre personne à contacter : _____ Relation : _____ Tél. : _____

***N° de carte santé :** _____ ***Province :** N.-É. ☐ ou _____ **Date d'expiration :** ____/____/____

N° de la GRC : _____ **N° des forces armées :** _____ **Nom de pays :** _____

***PERSONNE DEMANDANT LA CONSULTATION :** Date : _____

☐ MÊME PERSONNE (adresse ci-dessus)

☐ Autre : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Tél. : _____

MÉDECIN DE FAMILLE ou INFIRMIER-ÈRE PRATICIEN-NE (si vous en avez un-e)

Nom (prénom/nom) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

***DÉCRIEZ CE QUI VOUS PRÉOCCUPE OU LA RAISON DE LA DEMANDE DE CONSULTATION :**

***Le/La client-e peut-il/elle se présenter à des rendez-vous sur un court préavis (dans les 24 heures)?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain-e

***Pour les demandes de consultation pédiatriques, suspectez-vous que l'enfant recommandé-e soit autiste?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain-e

***Si oui, ses personnes soignantes le savent-elles?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain-e

DEMANDE DE CONSULTATION EN ORTHOPHONIE :

☐ Évaluation en orthophonie (test d'audition inclus) ☐ Évaluation de la voix (une consultation en ORL peut être requise avant le traitement)

☐ Évaluation de la dysphagie (déglutition), lorsque disponible (requête d'imagerie diagnostique requise)

☐ Autre/Je ne sais pas : _____

DEMANDE DE CONSULTATION EN AUDIOLOGIE :

☐ Évaluation complète de l'audition

☐ Traitement des informations auditives [doit avoir 7 ans ou plus]

☐ Test d'audition

☐ Réponse évoquée auditive du tronc cérébral

☐ Autre/Je ne sais pas : _____

Y a-t-il quelque chose que Hearing & Speech Nova Scotia devrait savoir pour se préparer à l'évaluation?

Par exemple : service d'interprétation ou de traduction requis, difficultés liées à la mobilité, à la vision ou à la littératie?

Si oui, veuillez préciser :

Quelles **langues** parle-t-on à la maison?