



**Beausejour Audiology  
Primary Health Care Centre**

Ph: (204) 268-7465 Fax: (204) 482-2003

**Selkirk Audiology**

**237 Manitoba Ave – 2<sup>nd</sup> Floor, Selkirk, MB**

Ph: (204) 785-7577 Fax: (204) 482-2003

REQUIRED INFORMATION			
REFERRAL DATE			
LAST NAME		MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> NOT DISCLOSED <input type="checkbox"/>	
FIRST NAME			
BIRTH DATE (DDMMYYYY)			
MAILING ADDRESS			
AUDIOLOGY REFERRAL		CITY	PC
Referral Source		PARENT/GUARDIAN	
Address		HOME PHONE	
		WORK PHONE	CELL:
Postal Code		MHSC#	PHIN#
Phone :		Fax :	
		PHYSICIAN:	
		TELEPHONE:	FAX:
Has this client been seen at <u>THIS CLINIC</u> before? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			If 'YES' Date Last Seen:

**SERVICES FOR ADULTS 21 AND OLDER (IF UNDER 21 YRS OF AGE COMPLETE CTI REFERRAL FORM)**

REASONS FOR REFERRAL: (Check all that apply)		
<input type="checkbox"/> Sudden Onset Hearing Loss Date:	<input type="checkbox"/> Head or Ear Trauma: Details:	<input type="checkbox"/> Previous Consultation with ENT: Details:
<input type="checkbox"/> Unilateral Hearing Loss R: <input type="checkbox"/> L: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Rule Out Retrocochlear Pathology	<input type="checkbox"/> Chemotherapy/Ototoxic Monitoring Details:	<input type="checkbox"/> ENT Referral Made: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date: Name of ENT:
<input type="checkbox"/> Pre-operative Assessment Date: Surgery Type:	<input type="checkbox"/> Acute Middle Ear Issues: <input type="checkbox"/> Muffled Speech <input type="checkbox"/> Aural Fullness	<input type="checkbox"/> BPPV Diagnosis Date:
	<input type="checkbox"/> Chronic Middle Ear Issues <input type="checkbox"/> Tympanic Membrane Perforation <input type="checkbox"/> Ear Discharge	<input type="checkbox"/> Vestibular Concerns <input type="checkbox"/> Vertigo <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Dizziness
<input type="checkbox"/> Post-operative Assessment Date: Surgery Type:	<input type="checkbox"/> Hearing Loss Questioned: <input type="checkbox"/> Tinnitus: <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral	Medical Conditions: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cancer Diagnosis <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Other Details:
	<input type="checkbox"/> History of Noise Exposure	
<input type="checkbox"/> Family History of Hearing Loss:	<b>MUST BE COMPLETED</b> <input type="checkbox"/> Hearing Aid User <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO R: <input type="checkbox"/> L: <input type="checkbox"/> Both: <input type="checkbox"/>	Other Concerns:
<b>COMMENTS:</b>		
Date referral received by audiology:	Date receipt of referral confirmation sent to client:	



**Audiologie Beauséjour**  
**Centre de soins de santé primaires**  
Tél. : (204) 268-7465 Fax : (204) 482-2003

**Audiologie Selkirk**  
**237 Manitoba Ave – 2<sup>nd</sup> Floor, Selkirk, MB**  
Tél. : (204) 785-7577 Fax : (204) 482-2003

INFORMATION REQUISE	
DATE D'AIGUILLAGE	
NOM DE FAMILLE	HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ <input type="checkbox"/>
PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE (JJMMAAAA)	
ADRESSE POSTALE	
VILLE	CP
PARENT/TUTEUR	
TÉLÉPHONE À DOMICILE	
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL	CELLULAIRE :
N° du ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Manitoba (MHSC)	N° NIMP
Téléphone :	Fax :
MÉDECIN :	
TÉLÉPHONE :	FAX :
Ce patient a-t-il déjà été vu à <u>CETTE CLINIQUE</u> auparavant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, date de la dernière visite :	

**SERVICES POUR ADULTES DE 21 ANS ET PLUS (SI MOINS DE 21 ANS, REMPLIR LE FORMULAIRE D'AIGUILLAGE CHILDREN'S THERAPY INITIATIVE [CTI])**

MOTIFS DE L'AIGUILLAGE : (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)		
<input type="checkbox"/> Perte auditive soudaine Date :	<input type="checkbox"/> Traumatisme à la tête ou à l'oreille : Détails :	<input type="checkbox"/> Consultation antérieure en ORL : Détails :
<input type="checkbox"/> Perte auditive unilatérale D : <input type="checkbox"/> G : <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Écarter une pathologie rétrocochléaire	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie/Surveillance ototoxique Détails :	<input type="checkbox"/> Aiguillage effectué en ORL : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Date : Nom du spécialiste en ORL :
<input type="checkbox"/> Évaluation préopératoire Date : Type de chirurgie :	<input type="checkbox"/> Troubles aigus de l'oreille moyenne : <input type="checkbox"/> Sons assourdis <input type="checkbox"/> Plénitude aurale	<input type="checkbox"/> VPPB Date du diagnostic :
	<input type="checkbox"/> Troubles chroniques de l'oreille moyenne <input type="checkbox"/> Perforation tympanique <input type="checkbox"/> Écoulement d'oreille	<input type="checkbox"/> Troubles vestibulaires <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Étourdissements
<input type="checkbox"/> Évaluation postopératoire Date : Type de chirurgie :	<input type="checkbox"/> Perte auditive à déterminer : <input type="checkbox"/> Acouphène : <input type="checkbox"/> Unilatéral <input type="checkbox"/> Bilatéral	Troubles médicaux : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Diagnostic de cancer <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Autre Détails :
	<input type="checkbox"/> Antécédents d'exposition au bruit	
<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de perte auditive :	<b>À REMPLIR</b> <input type="checkbox"/> Porteur de prothèses auditives <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON D : <input type="checkbox"/> G : <input type="checkbox"/> Les deux : <input type="checkbox"/>	Autres préoccupations :
<b>COMMENTAIRES :</b>		
Date de réception de l'aiguillage en audiologie :	Date de réception de la confirmation d'aiguillage envoyée au client :	