

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

COMPLÉMENT D'INFORMATION POUR CLIENTÈLE PRÉSENTANT UN TROUBLE DE TRAITEMENT AUDITIF (TTA)

Ce document doit être rempli et joint à votre demande de service pour un usager de 7 ans et plus ayant des besoins en lien avec un trouble de traitement auditif (TTA).

Compte tenu de notre mandat en réadaptation, l'admissibilité ne peut être basée uniquement sur le diagnostic de TTA. Dans ce contexte, ce document vise à clarifier la problématique, préciser les situations de handicap vécues par la personne et mieux connaître les impacts du TTA dans sa vie au moment de la référence.

IMPACTS DU TTA VÉCUS PAR L'USAGER	
À la maison :	
Décrivez les difficultés vécues au quotidien (problématiques et impacts) :	
Avez-vous tenté de mettre des moyens en place pour aider à atténuer les impacts de ces difficultés? Si oui, lesquels et quels sont les résultats :	
Relations interpersonnelles / Sociales / Loisirs :	
Décrivez les difficultés (problématiques et impacts) :	
Avez-vous tenté de mettre des moyens en place pour aider à atténuer les impacts de ces difficultés? Si oui, lesquels et quels sont les résultats :	
Scolaire :	
Décrivez les situations de handicap occasionnées au quotidien à l'école par le TTA (problématiques et impacts) :	
L'audiologiste a-t-il fait des recommandations ? Si non , passer à la question suivante. Si oui , avez-vous discuté de ces recommandations avec l'enseignant(e) de votre enfant ? Spécifiez :	☐ Non ☐ Oui
En lien avec le TTA, qu'est-ce qui a été mis en place (services, mesures de soutien, etc.) et quels sont les résultats ?	
En général :	
Y a-t-il d'autres situations problématiques liées au TTA dont vous voudriez parler ?	

SITUATION GLOBALE DE L'USAGER		
Le TTA est souvent présent avec d'autres conditions. Veuillez cocher ce qui s'applique à la situation de la personne et indiquer si un suivi est en cours. Fournir un résumé des interventions ou les rapports s'il y a lieu.		
Condition	Services, mesures de soutien, adaptations, moyens, mis en place	Résultats
☐ Trouble du langage		
☐ Trouble déficitaire de l'attention (TDA)		
☐ Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)		
☐ Trouble d'apprentissage		

*Si vous avez un plan d'intervention scolaire ou autre, il est utile de le joindre avec la demande

POUR LES USAGERS de 7-13 ANS SEULEMENT	
Cette demande de soutien est formulée par :	☐ Le parent ☐ Le jeune
Pourquoi faire cette demande de soutien maintenant (élément déclencheur) ?	
☐ Ne s'applique pas pour un nouveau diagnostic	
En lien avec la situation et les difficultés rapportées, quels sont vos besoins (attentes) comme parent et ceux de votre jeune ?	Parent : Jeune :
Comment évaluez-vous le <u>niveau de motivation</u> de votre jeune à suivre une thérapie concernant les impacts du TTA (0 = nul et 4 = très élevé) ?	Choisissez un élément.
Si votre jeune présente une autre condition ou un autre diagnostic ayant aussi des impacts dans son quotidien, croyez-vous qu'il aura la <u>capacité de collaborer</u> et qu'il sera disponible à s'investir dans un suivi concernant son TTA ? Indiquez le niveau de collaboration estimé (0 = nul et 4 = très élevé) :	Choisissez un élément.

POUR LES USAGERS DE 14 ANS ET PLUS SEULEMENT	
Cette demande de soutien est formulée par :	☐ Vous-même ☐ Une autre personne (spécifiez) :
Quel élément déclencheur motive cette demande de soutien à cette période-ci de votre (sa) vie :	
☐ Ne s'applique pas pour un nouveau diagnostic	
En lien avec la situation et les difficultés rapportées, quels sont vos besoins (attentes) ?	
Comment évaluez-vous <u>votre niveau de motivation</u> (ou celui de la personne ayant le TTA) à participer et appliquer les recommandations et exercices, dans le quotidien ? (0 = nul et 4 = très élevé)	Choisissez un élément.

INFORMATIONS RELATIVES AUX PERSONNES AYANT COMPLÉTÉ LE DOCUMENT	
Nom de la personne qui a rempli le document :	
Nom du professionnel qui a contribué (si applicable) :	☐ Non applicable Nom :
Date à laquelle le document a été rempli (AAAA/MM/JJ) :	