

MERCI DE JOINDRE LE COURRIER DU MEDECIN
et si appareil auditifs, de les emmener avec piles neuves le jour de la consultation

Demande effectuée par (nom/lien avec le consultant): le :

MON IDENTITE :

Nom de naissance : Prénom : Date de naissance :

Adresse du patient :

MON ENTOURAGE :

Mon médecin traitant est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant familial est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant professionnel est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon tuteur/curateur est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

MON QUOTIDIEN

Je vis avec ma famille

☐ Oui

☐ Non

Je vis en institution

☐ Oui

☐ Non

MOTIF DETAILLE DE LA DEMANDE :

.....

☐ 1 ère demande CHU

☐ Suivi (date dernière consultation).....

☐ Urgence

MOI :



Mal. Invalidantes ☐



Visuel ☐



Moteur ☐



Psychique ☐



Auditif ☐



Mental ☐



Autisme / TSA ☐

	Oui	Non
Je marche		
Je suis accompagné (e) d'un chien d'assistance		
Je me déplace en fauteuil roulant : préciser (manuel ou électrique)		
Je porte des appareils auditifs, si oui depuis quelle année		
Quelle oreille est appareillée ?		
oreille droite <input type="checkbox"/> oreille gauche <input type="checkbox"/> les 2 oreilles <input type="checkbox"/>		
Je suis sensible aux bruits		
Je suis sensible à la lumière		
Je peux être agressif (ve) envers moi ou envers l'autre		

MERCI DE JOINDRE LE COURRIER DU MEDECIN
et si appareil auditifs, de les emmener avec piles neuves le jour de la consultation

	Oui	Non
J'ai déjà vu un médecin ORL		
J'ai déjà eu un audiogramme		
Si oui, date du dernier examen		
Et apporter le résultat le jour de la consultation		
Je peux répondre à une question simple		

MODE DE COMMUNICATION :

☐ Je parle

☐ J'utilise un autre moyen de communication

Précisez :

MES CAPACITES :

	Oui	Non	Commentaires
Je peux rester dans une pièce fermée			
Si oui seul(e) <input type="checkbox"/> accompagné(e) <input type="checkbox"/>			
J'ai peur des blouses blanches			
J'accepte que l'on s'approche de moi			
J'accepte que l'on me touche les oreilles			
J'accepte de porter un casque audio			
J'accepte d'avoir des bouchons d'oreilles (type boules quies)			
Je sais reconnaître des images			
Je peux maintenir une position assise :min			

CONSULTATION MEDICALE, MES SYMPTOMES :

	Oui	Non	Complément d'info
J'ai des difficultés à entendre			
Si oui oreille droite <input type="checkbox"/> oreille gauche <input type="checkbox"/>			
les 2 oreilles <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/>			
J'ai des acouphènes			
Si oui ponctuels <input type="checkbox"/> occasionnels <input type="checkbox"/>			
sons graves <input type="checkbox"/> sons aigus <input type="checkbox"/>			
oreille droite <input type="checkbox"/> oreille gauche <input type="checkbox"/> les 2 oreilles <input type="checkbox"/>			
J'ai des difficultés à entendre quand il y a du bruit autour de moi			
J'ai des difficultés à comprendre quand il y a plusieurs personnes			
J'augmente le son de la télévision			
J'ai mal aux oreilles			
J'ai des écoulements des oreilles			
Si oui, oreille droite <input type="checkbox"/> oreille gauche <input type="checkbox"/> les 2 oreilles <input type="checkbox"/>			

MERCI DE JOINDRE LE COURRIER DU MEDECIN
et si appareil auditifs, de les emmener avec piles neuves le jour de la consultation

INFORMATION ET BESOINS COMPLEMENTAIRES :

	Oui	Non	Commentaires
Lors des soins ou consultations, j'utilise un objet qui me rassure			Si oui, précisez :
J'ai besoin de trucs et astuces pour me détendre (musique, peluche...)			Si oui, précisez :
J'ai un temps d'attention estimé à :			
Je peux rester en position assise			Précisez la durée
J'ai des contraintes horaires et/ou jour			Précisez

AVANT MA CONSULTATION :

Je souhaite venir visiter les locaux pour mieux appréhender les soins à venir (visite « blanche ») :
☐ Oui ☐ Non

J'ai besoin d'outils pour préparer ma venue et m'habituer aux soins (Photos des locaux, du matériel utilisé, kit d'habituatation...) : ☐ Oui ☐ Non

ACCOMPAGNEMENT ET MODE DE TRANSPORT :

Je serai accompagné(e) lors de ma consultation ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui par qui ?.....