

**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 ?<br>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<br>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<br>Si oui oreille droite <input type="checkbox"/> oreille gauche <input type="checkbox"/><br>les 2 oreilles <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/>   |     |     |                   |
| J'ai des acouphènes<br>Si oui ponctuels <input type="checkbox"/> occasionnels <input type="checkbox"/><br>sons graves <input type="checkbox"/> sons aigus <input type="checkbox"/><br>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<br>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'habituation...) :       Oui       Non

**ACCOMPAGNEMENT ET MODE DE TRANSPORT :**

Je serai accompagné(e) lors de ma consultation ?       Oui       Non

Si oui par qui ?.....