



uOttawa

Université d'Ottawa | University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé | Faculty of Health Sciences

Clinique universitaire interprofessionnelle en soins de santé primaire |
Interprofessional University Clinic in Primary Health Care

ÉVALUATION AUDIOLOGIQUE SEULEMENT

Vous êtes un candidat idéal pour une évaluation audiologique à la clinique universitaire interprofessionnelle si...

- ✓ *vous vous questionnez sur votre audition*
- ✓ *vous pouvez recevoir des services de santé en français*
- ✓ *vous acceptez de recevoir des services par des étudiants supervisés par des professionnels de la santé réglementés*

La Clinique universitaire interprofessionnelle de réadaptation en soins de santé primaire est un milieu de formation pour les étudiants en sciences de la santé. Nos services sont offerts dans un contexte de formation universitaire, où ce sont majoritairement les étudiants qui fournissent les services, sous la supervision d'éducateurs(trices) cliniciens(nes) membres d'un ordre professionnel. Ces services permettent aux étudiants de développer diverses compétences professionnelles propres à leur profession, de même que des compétences du travail en équipe et de la collaboration de plusieurs professions pour l'atteinte des buts des clients.

La Clinique universitaire interprofessionnelle de réadaptation en soins de santé primaire recherche: **25 à 30 clients/an pour une Évaluation de l'audition périphérique**

- Évaluation de l'audition
- Tests spécialisés aux besoins
- Recommandations : stratégies, système d'amplification (prothèses auditives), autres aides techniques
- Références au besoin
- Réévaluation

Veillez prendre connaissance des règles de fonctionnement suivantes :

Absence à un rendez-vous accepté

Toute absence doit être motivée au moins 48 heures à l'avance. Ce délai est nécessaire pour nous permettre d'offrir un rendez-vous à un autre client. Une absence non-motivée entraîne la perte d'une occasion d'apprentissage pour l'étudiant qui est présent et vous attend.

Après deux absences non motivées dans les délais requis, votre dossier sera fermé.

Frais pour les services :

Pour le moment, les services ont été offerts gratuitement grâce à un appui de subventions gouvernementales de développement, mais que l'on prévoit plus limitées dans un futur proche. Dans le futur, il se pourrait que nous devions établir des frais pour les services. Comme c'est le cas habituellement dans les cliniques universitaires, ces frais seront inférieurs aux coûts du marché pour des services similaires. Lorsque des frais seront en vigueur, vous serez informés des montants en jeu avant le début des services.

Pour faire une demande de services, veuillez soumettre le formulaire de référence dûment rempli à :

Clinique universitaire interprofessionnelle
600 Peter Morand Crescent, pièce 113
Ottawa, ON K1G 5Z3
Tél. : 613-562-5800 poste 8037
Fax : 613-562-5489
Courriel : clinique@uottawa.ca



uOttawa

Université d'Ottawa | University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé | Faculty of Health Sciences

Clinique universitaire interprofessionnelle en soins de santé primaire |
Interprofessional University Clinic in Primary Health Care

Formulaire de référence- Audition périphérique seulement

Informations personnelles :

Prénom du client : _____ Nom du client : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
 Téléphone : (maison) _____ (travail) _____ (cellulaire) _____
 Courriel (si vous utilisez ce mode de communication) : _____
 Date de naissance : _____ Âge au moment de la référence : _____
 Numéro de la carte d'assurance-maladie : _____
 Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Langue d'usage du client: français anglais bilingue (anglais et français)
 autre, préciser : _____

Langue principale à la maison : _____

Personne à contacter pour fixer les rendez-vous : Client Proche aidant : _____
 Nom et téléphone

Personne à contacter si nous n'obtenons pas de réponse à ce numéro après 3 essais :

 Nom, lien, et téléphone

Source de référence (qui vous a parlé de notre clinique) : _____

Personne qui remplit le formulaire : Client Proche aidant Autres, préciser : _____

Signatures : _____
 Client Personne qui remplit le formulaire, si différent

Besoin principal/motif de la demande : _____

Votre demande est-elle reliée à un diagnostic ? _____

Votre demande est-elle reliée à des observations particulières?

S'il y a lieu, décrivez les services audiologiques que vous avez déjà reçus, que vous recevez ou pour lesquels vous êtes en attente :

Pour l'usage de la Clinique universitaire interprofessionnelle seulement

Demande acceptée refusée date : _____ signature : _____

Appel au client pour l'informer de la décision

Date du contact avec le client : _____ temps d'attente prévu : _____

Signature de la personne qui a fait l'appel : _____