

Demande de consultation en orthophonie

Nom :	Date de naissance (J/M/A) :	N° d'assurance-maladie (carte-santé provinciale) :
Téléphone (maison) :		Téléphone (travail) :
Téléphone (cellulaire) :		
Nom du parent/tuteur/contact :		Adresse :
Courriel :	Souhaitez-vous ajouter votre nom à la liste d'attente en cas d'annulation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médecin de famille :
Langues parlées : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre :		Langue dans laquelle vous souhaitez être servi(e) : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
Préoccupations (veuillez cocher toutes les réponses pertinentes) :		
<input type="checkbox"/> Articulation/sons de la parole <input type="checkbox"/> Capacités de compréhension <input type="checkbox"/> Capacités expressives <input type="checkbox"/> Voix <input type="checkbox"/> Bégaiement <input type="checkbox"/> Besoins complexes <input type="checkbox"/> Perte auditive permanente <input type="checkbox"/> Langage social (utilisation) <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Diagnostic/Information supplémentaire (veuillez cocher toutes les réponses pertinentes) :		
<input type="checkbox"/> Autisme (possible ou diagnostiqué) <input type="checkbox"/> Retard au niveau du jeu <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Défis au niveau de l'attention <input type="checkbox"/> Fente palatine <input type="checkbox"/> Défis au niveau du comportement <input type="checkbox"/> Difficultés à se nourrir/avalier		
Autres services en cause (veuillez cocher toutes les réponses pertinentes) :		
<input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Meilleur départ <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Programme HEAR <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngologie <input type="checkbox"/> Services à l'enfance et à la famille <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> CESPA <input type="checkbox"/> IWK <input type="checkbox"/> Services d'orthophonie privés <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Triple P <input type="checkbox"/> Stan Cassidy <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Y a-t-il eu un test/dépistage de l'audition? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date/Résultats :		
Pure Tone (test auditif) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Questionnaire sur l'audition <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Y a-t-il eu un test/dépistage de la vision? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date/Résultats :		
Renseignements supplémentaires :		
Consultation recommandée par : _____ Téléphone : _____ Date : _____		

Coordonnées du programme d'orthophonie

O' Leary Tél. : 902-859-8720
C.P. 173 Téléc. : 902-859-0399
O'Leary (Î.-P.-É.)
C0B 1V0

Wellington Tél. : 902-854-7259
C.P. 119 Téléc. : 902-854-7270
Wellington (Î.-P.-É.)
C0B 2E0

Summerside Tél. : 902-888-8160
205, avenue Linden Téléc. : 902-888-8153
Summerside, PE
C1N 2K4

Charlottetown Tél. : 902-368-4437
161, chemin St. Peters Téléc. : 902-620-3195
C.P. 2000
Charlottetown (Î.-P.-É.)
C1A 7N8

Montague Tél. : 902-838-0762
126, chemin Douses Téléc. : 902-838-0803
Montague (Î.-P.-É.)
C0A 1R0

Souris Tél. : 1-844-344-8255
15, rue Green Téléc. : 902-620-3195
C.P. 550
Souris (Î.-P.-É.)
C0A 2B0

Coordonnées provinciales Sans frais : 1-844-344-8255 speechandhearing@this.org

Les renseignements personnels sur la santé apparaissant sur ce formulaire sont recueillis par Santé Î.-P.-É. dans le but de vous soigner et à d'autres fins telles que prévues par la *Health Information Act* (loi sur les renseignements sur la santé), y compris la planification et la gestion des services de santé. Vos renseignements seront recueillis, utilisés et divulgués seulement tel qu'établi par la loi. Pour obtenir plus d'information, visitez le www.healthpei.ca/yourprivacy ou appelez au 1-844-344-8255.