|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 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 niveau de motivation 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 capacité de collaborer 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 votre niveau de motivation (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) : |  |