|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 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) :  |   |