



NOM :  
PRÉNOM :  
NAM :  
DDN :  
(AAAA-MM-JJ)  
PÈRE :  
MÈRE :

**DEMANDE DE SERVICES RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE  
AUDITIVE (DA) OU AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION**

DA et/ou  ASA

**INFORMATIONS PERSONNELLES**

|                                                                                                                                                   |                     |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|
| PRÉNOM ET NOM :                                                                                                                                   | DATE DE NAISSANCE : |         |
| NOM DU PÈRE :                                                                                                                                     | NOM DE LA MÈRE :    |         |
| ADRESSE :                                                                                                                                         | N° TÉL. :           | CELL. : |
| AUTRE PERSONNE À CONTACTER :                                                                                                                      | N° TÉL. :           | CELL. : |
| N° D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC :                                                                                                                | EXPIRATION RAMQ :   |         |
| LANGUE D'USAGE : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> LSQ <input type="checkbox"/> Autre : |                     |         |
| NOM DE LA PERSONNE À REJOINDRE POUR DONNER LE 1 <sup>ER</sup> RENDEZ-VOUS :                                                                       |                     |         |
| <input type="checkbox"/> USAGER <input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE (précisez) :                                                              | NOM :               | LIEN :  |
|                                                                                                                                                   | N° TÉL. :           | CELL. : |

|                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| <b>SECTION RÉSERVÉE<br/>DA</b> | <b>NATURE DE LA DEMANDE</b> |
|                                | DATE DE LA DEMANDE :        |
|                                | MOTIF DE RÉFÉRENCE :        |
|                                | DIAGNOSTIC :                |

| <b>SECTION RÉSERVÉE<br/>ASA</b>          | <b>DEMANDE DE SERVICES POUR DES<br/>AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION (ASA)</b> |               |                                |                           |                |                            | <b>AGENT PAYEUR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------------------|----------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                          | TÉLÉPHONE<br>AMPLIFIÉ                                                          | TÉLÉSCRIPTEUR | INFRAROUGE OU<br>MF POUR LA TV | CONTRÔLE<br>ENVIRONNEMENT | RÉVEILLE-MATIN | AMPLIFICATEUR<br>PERSONNEL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|                                          |                                                                                |               |                                |                           |                |                            | <input type="checkbox"/> RAMQ<br><input type="checkbox"/> Prothèse privée (besoin certificat ORL)<br><input type="checkbox"/> CNESST – N° dossier : _____<br><input type="checkbox"/> Ancien combattant – N° dossier : _____<br><input type="checkbox"/> Croix bleue<br><input type="checkbox"/> Autre : _____ |  |
| Nouvelle attribution                     |                                                                                |               |                                |                           |                |                            | Audioprothésiste : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Vérification et renouvellement au besoin |                                                                                |               |                                |                           |                |                            | Localisation (ville) : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Réinstallation / déménagement            |                                                                                |               |                                |                           |                |                            | Particularité : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Entraînement                             |                                                                                |               |                                |                           |                |                            | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |

|                                                                                                                               |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>RÉFÉRENT</b>                                                                                                               |                  |
| NOM DU RÉFÉRENT :                                                                                                             | TITRE D'EMPLOI : |
| ÉTABLISSEMENT :                                                                                                               | N° TÉLÉPHONE :   |
| ADRESSE COURRIEL :                                                                                                            |                  |
| EST-CE QUE L'USAGER EST INFORMÉ ET EN ACCORD AVEC VOTRE RÉFÉRENCE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |                  |
| SIGNATURE :                                                                                                                   | DATE :           |
| Veuillez faxer la demande au <b>418-695-7082</b>                                                                              |                  |