



Service aux laryngectomisés,  
Programme d'aide à la communication  
L'Hôtel-Dieu de Québec  
11, côte du Palais, porte 1565  
Québec QC G1R 2J6  
Tél. : 418 691-5095  
Télec. : 418 691-5377



Service aux laryngectomisés,  
Programme d'aide à la communication  
CHUM  
Pavillon C, 9<sup>e</sup> étage  
1000, rue Saint-Denis  
Montréal QC H2X 0C1  
Tél. : 514 890-8236  
Télec. : 514 412-7899

## FORMULAIRE DE PRÊT D'UN APPAREIL DE COMMUNICATION

### Identification de l'utilisateur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Nom de l'appareil : \_\_\_\_\_ Numéro de l'appareil : \_\_\_\_\_

Accessoire (1) : \_\_\_\_\_ Numéro (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

(2) : \_\_\_\_\_ Numéro (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Valeur approximative du remplacement : \_\_\_\_\_

Durée du prêt :  1 an (renouvelable) ou  \_\_\_\_\_ mois

L'appareil demeure la propriété du :  CHUM  
 CHU de Québec-Université Laval

Orthophoniste : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne ressource (1) : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Téléphones : résidence\* : \_\_\_\_\_ cellulaire : \_\_\_\_\_

Personne ressource (2) : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Téléphones : résidence : \_\_\_\_\_ cellulaire : \_\_\_\_\_

Signature de l'utilisateur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\* doit être différent de celui de l'utilisateur