



SERVICE AUX LARYNGECTOMISÉS
et
PROGRAMME D'AIDE À LA COMMUNICATION
(SAL-PAC)

Guide de l'intervenant

Ce document a été révisé par

Les services d'orthophonie

du CHU de Québec-Université Laval et du CHUM

Révision 3 mai 2021

Table des matières

1. DESCRIPTION	3
2. CLIENTÈLE.....	4
3. INSCRIPTION AUX PROGRAMMES SAL-PAC	5
4. FERMETURE DE DOSSIER.....	5
5. SERVICES DES PROGRAMMES SAL-PAC.....	5
6. MATÉRIEL OFFERT.....	6
6.1. LES APPAREILS DE COMMUNICATION	6
6.1.1. Les larynx artificiels	6
6.1.2. Les appareils de communication à synthèse vocale.....	7
6.1.3. Les amplificateurs de voix.....	7
6.1.4. Les téléphones avec amplificateur	7
6.1.5. Les appareils téléscripteurs.....	8
6.2. LES FOURNITURES DE COMMUNICATION	8
6.2.1. Les prothèses trachéo-œsophagiennes (PTO)	8
6.2.2. Les valves mains libres pour prothèses trachéo-œsophagiennes.....	8
6.2.3. Les canules souples, les boutons de stoma et les dispositifs de rétention.....	9
6.2.4. Les valves phonatoires pour canule trachéale.....	9
6.3. LE MATÉRIEL DE SOINS	9
6.4. LES APPAREILS ET FOURNITURES D'EXCEPTION OU EXCÉDENTAIRES.....	9
7. LES SERVICES DE RÉÉDUCATION ET DE SOUTIEN	10
COORDONNÉES DES CENTRES DE DISTRIBUTION SUPRARÉGIONAUX SAL-PAC	11
INFORMATIONS PERTINENTES.....	12
DÉCLARATION D'ENGAGEMENT.....	13
FORMULAIRE D'INSCRIPTION.....	15
DEMANDE D'AIDE À LA COMMUNICATION	16
FORMULAIRE DE PRÊT D'UN APPAREIL DE COMMUNICATION	17
DEMANDE D'AIDE À LA COMMUNICATION EXCÉDENTAIRE.....	18
DEMANDE D'AIDE À LA COMMUNICATION D'EXCEPTION	19
DEMANDE DE PRÊT D'UNE TABLETTE ÉLECTRONIQUE	20
RETOUR D'UN APPAREIL DE COMMUNICATION	21
FORMULAIRE DE COMMANDE MATÉRIEL DE SOINS CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL.....	22
FORMULAIRE DE COMMANDE MATÉRIEL DE SOINS CHUM	23
LISTE DE MATÉRIEL ET QUANTITÉS PERMISES	24

1. DESCRIPTION

Les chirurgies majeures de la sphère ORL peuvent entraîner des difficultés de communication importantes pour les patients*. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a créé deux programmes dédiés à la distribution d'aides à la communication pour les personnes ayant subi ces types de chirurgie : le *Service aux laryngectomisés (SAL)* et le *Programme d'aide à la communication (PAC)*. Ces programmes offrent également certains services de réadaptation et de soutien, de même que du matériel de soins.

Ces programmes sont gérés par les services d'orthophonie de deux centres hospitaliers :

- le CHU de Québec-Université Laval (CHU de Québec) pour les patients qui demeurent dans l'est du Québec
- le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) pour les patients qui demeurent dans l'ouest du Québec

Les programmes SAL-PAC dispensent également du soutien aux intervenants pour favoriser la prise en charge des usagers dans leur région.

En plus de ce guide, il existe un *Guide de l'utilisateur* disponible sur les sites web des centres de distribution suprarégionaux.

Les modalités de ce présent guide sont applicables jusqu'à la publication d'une version ultérieure.

* À noter que le masculin a été utilisé tout au long du document pour alléger le texte.

2. CLIENTÈLE

Le Service aux laryngectomisés (SAL) s'adresse aux personnes qui ont eu une laryngectomie totale.

Le Programme d'aide à la communication (PAC) s'adresse aux personnes qui ont des difficultés de parole (voix, articulation, résonance) en raison :

- d'un cancer de la sphère ORL
- d'une atteinte médicale majeure et persistante de la sphère ORL qui ne s'inscrit pas dans un contexte de trouble neurologique central, neurodégénératif ou pulmonaire.

Les programmes SAL-PAC sont ouverts exclusivement aux personnes couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). On entend par usager couvert, un usager détenant une carte d'assurance maladie valide.

Les programmes SAL-PAC sont offerts aussi, exclusivement, aux membres des Forces armées canadiennes ayant élu résidence dans la province de Québec et détenant une *carte d'identité des soins de santé des Forces canadiennes* valide avec matricule. Cette carte, communément appelée carte de la Croix-Bleue, sert uniquement au détenteur et n'assure pas la couverture des soins de santé pour les membres de leur famille et les personnes à la charge du militaire.

Les services des programmes SAL-PAC sont offerts aux usagers non hospitalisés. Toutefois, certains appareils de communication peuvent être remis pendant l'hospitalisation aux usagers du programme SAL.

Les programmes excluent la clientèle déjà couverte par tout autre programme :

- gouvernement provincial :
 - Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)
 - Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)
 - Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
 - Programme ministériel des aides techniques à la communication (PMATCOM)
- gouvernement fédéral :
 - Anciens combattants Canada
 - Services aux Autochtones Canada
 - Service correctionnel du Canada
 - Tout autre programme destiné aux immigrants ou aux réfugiés

Le cas échéant, les intervenants des programmes SAL-PAC pourront faire des démarches pour assurer la complémentarité entre les différents programmes.

3. INSCRIPTION AUX PROGRAMMES SAL-PAC

Pour avoir accès aux services des programmes SAL-PAC, un usager doit être inscrit par un professionnel de la santé.

Étant donné l'impact significatif des chirurgies sur la communication orale, l'orthophoniste est le professionnel de la santé qui est préférablement en lien avec les programmes SAL-PAC et qui effectue le suivi des usagers.

Le professionnel est responsable du lien entre l'utilisateur et le centre de distribution suprarégional concerné. Conséquemment, ses responsabilités sont de :

- s'assurer que l'utilisateur est admissible aux programmes SAL-PAC, qu'il possède une carte d'assurance-maladie de la RAMQ valide et qu'il n'est pas couvert par tout autre programme gouvernemental;
- présenter le *Guide de l'utilisateur* à l'utilisateur ou à son curateur et s'assurer que celui-ci accepte et s'engage à respecter les modalités des programmes SAL-PAC et ses responsabilités;
- faire signer à l'utilisateur ou à son curateur le formulaire *Déclaration d'engagement*;
- compléter entièrement le *Formulaire d'inscription* et le retourner au centre de distribution suprarégional approprié avec le formulaire *Déclaration d'engagement* signé.

4. FERMETURE DE DOSSIER

Pour le *Service d'aide aux laryngectomisés*, le dossier reste ouvert à vie.

Pour le *Programme d'aide à la communication*, la fermeture du dossier demeuré inactif pendant un an sera notifiée à l'utilisateur par l'envoi d'une communication écrite.

5. SERVICES DES PROGRAMMES SAL-PAC

Les programmes SAL-PAC divisent le matériel en deux catégories :

- matériel prêté : appareil de communication
- matériel donné : fournitures de communication et matériel de soins

Chaque usager a le droit d'avoir en sa possession un seul appareil de communication, lequel lui est prêté. Les fournitures et le matériel de soins sont distribués selon les quantités permises.

En plus de fournir du matériel, les centres de distribution suprarégionaux offrent des services de rééducation aux usagers ainsi que du soutien aux intervenants.

6. MATÉRIEL OFFERT

6.1. LES APPAREILS DE COMMUNICATION

Pour obtenir un appareil, l'intervenant doit remplir le formulaire *Demande d'aide à la communication*. Notez que les appareils destinés à une première utilisation sont envoyés directement au professionnel.

Lorsqu'il prête un appareil à l'utilisateur, le professionnel doit :

- remplir le *Formulaire de prêt d'un appareil de communication*. Ce document signé par l'utilisateur doit être retourné au centre de distribution suprarégional. Il est important qu'un exemplaire du formulaire signé soit également remis à l'utilisateur;
- remettre, programmer et expliquer le fonctionnement de l'appareil à l'utilisateur;
- s'assurer de l'autonomie de l'utilisateur quant à l'utilisation de l'appareil;
- faire l'enseignement sur l'entretien de l'appareil;
- effectuer le suivi des besoins de l'utilisateur;
- lorsque possible, aviser le centre de distribution suprarégional d'un changement de coordonnées de l'utilisateur (ou s'assurer que l'utilisateur le fasse);
- remplir le formulaire *Retour d'une aide à la communication* et remettre ce document à l'utilisateur ou à son proche lorsqu'il reçoit un appareil pour un échange ou un retour final;
- retourner sans délai au centre de distribution suprarégional tout appareil non utilisé par un usager.

Lors d'un changement de type d'appareil, un nouveau *Formulaire de prêt d'un appareil de communication* doit être signé par l'utilisateur et envoyé au centre de distribution suprarégional. Un exemplaire doit être remis à l'utilisateur.

Lorsqu'un appareil utilisé par un usager est défectueux, il est réparé ou remplacé aux frais des programmes à moins qu'il n'ait été volé, perdu ou abîmé par une utilisation négligente ou abusive ou à la suite d'un feu ou d'un acte de vandalisme. Ces échanges ou réparations peuvent se faire directement entre l'utilisateur et les centres de distribution suprarégionaux.

6.1.1. Les larynx artificiels

Les larynx artificiels sont prêtés à des usagers habituellement aphones à la suite d'une laryngectomie totale ou à certains usagers ayant une trachéotomie (sans laryngectomie). Pour les usagers qui ont subi une laryngectomie, le larynx artificiel est habituellement remis en postopératoire immédiat pour favoriser une communication fonctionnelle lors de leur retour à domicile.

Deux types de larynx artificiels sont offerts :

- larynx artificiel intra-buccal;
- larynx artificiel cervical.

Le larynx artificiel intra-buccal est celui généralement utilisé en période postopératoire immédiate. Le larynx artificiel cervical est habituellement proposé lorsque l'état du cou le permet et pour un usage à long terme. Il est recommandé de vérifier avec l'ORL de l'utilisateur s'il y a des contre-indications à utiliser un larynx artificiel cervical.

Pour les usagers laryngectomisés, l'utilisation d'un larynx artificiel peut précéder l'apprentissage d'un autre moyen de communication. Si un usager développe une autre forme de communication fonctionnelle (exemples : voix œsophagienne, voix trachéo-œsophagienne), il doit retourner son appareil au centre de distribution suprarégional. Advenant que les capacités de communication de l'utilisateur laryngectomisé changent, un larynx artificiel pourra à nouveau lui être prêté.

6.1.2. Les appareils de communication à synthèse vocale

Les appareils de communication à synthèse vocale sont destinés à des usagers présentant une anarthrie (exemple : à la suite d'une glossectomie totale) ou à certains usagers présentant un trouble articulaire sévère affectant de façon très significative la compréhensibilité de la parole.

Différents types de synthèses vocales sont disponibles :

- appareils de synthèse vocale dédiés : claviers couplés à une voix synthétisée;
- tablettes électroniques dotées d'une application de synthèse vocale;
- ordinateurs portables dotés d'un logiciel de synthèse vocale.

Les appareils de communication à synthèse vocale sont des appareils d'exception. Pour y avoir accès, le formulaire *Demande d'aide à la communication d'exception* doit être rempli. Pour une demande de tablette électronique, le formulaire *Demande de prêt d'une tablette électronique* doit aussi être rempli.

6.1.3. Les amplificateurs de voix

Ces appareils sont destinés aux personnes présentant une hypophonie (exemple : à la suite d'une cordectomie). Ils sont constitués de petits haut-parleurs portés à la ceinture et reliés à un microphone. Ils ne génèrent pas de voix, mais amplifient la voix de l'utilisateur.

6.1.4. Les téléphones avec amplificateur

Ces appareils sont également destinés aux personnes présentant une hypophonie. Ce sont des téléphones de table dans lesquels un amplificateur de voix est intégré

afin que la personne soit mieux entendue par son interlocuteur. Ces appareils ne génèrent pas de voix et n'amplifient pas le son entendu par l'utilisateur.

6.1.5. Les appareils téléscripteurs

Ces appareils sont destinés aux personnes aphones ou qui ne peuvent s'exprimer de façon fonctionnelle au téléphone. Il s'agit d'un appareil qui permet d'effectuer des appels téléphoniques par écrit via le service de relais d'une compagnie de télécommunication.

6.2. LES FOURNITURES DE COMMUNICATION

Les fournitures sont données aux usagers. Un usager peut avoir besoin de plusieurs types de fournitures de façon concomitante. Il doit cependant respecter les quantités permises pour chaque fourniture (voir *Liste de matériel et quantités permises*).

Notez que les envois de fournitures peuvent se faire au professionnel ou directement à l'utilisateur. Les envois par la poste se font une fois par mois pour chaque usager.

En cas de changement de fourniture (exemple : changement de type ou de longueur de prothèse trachéo-œsophagienne), le professionnel doit en aviser le centre de distribution suprarégional afin que les envois subséquents soient conformes aux nouveaux besoins de l'utilisateur. Pour les fournitures qui le requièrent (voir formulaire *Demande d'aide à la communication*), une nouvelle prescription médicale devra également être acheminée au centre de distribution suprarégional. Le changement sera applicable lors du prochain envoi seulement. Aucune demande de changement provenant directement de la part de l'utilisateur ne sera acceptée.

6.2.1. Les prothèses trachéo-œsophagiennes (PTO)

Chaque établissement qui effectue des chirurgies de création de fistule trachéo-œsophagienne pour les usagers laryngectomisés doit se procurer les fournitures de base pour amorcer ce type d'intervention et répondre aux urgences de ses usagers.

Les programmes SAL-PAC peuvent fournir des PTO à changement autonome ou à port prolongé ainsi que certains accessoires liés au port et à l'entretien de la prothèse.

Les PTO peuvent avoir des caractéristiques particulières (exemples : large collet œsophagien, larges collets trachéal et œsophagien, résistance accrue). Cependant, certains types de PTO ne sont pas gardés en inventaire par les centres de distribution suprarégionaux. Conséquemment, un délai de livraison plus important est à prévoir pour certaines demandes.

6.2.2. Les valves mains libres pour prothèses trachéo-œsophagiennes

Les valves mains libres sont des dispositifs qui doivent être apposés sur le stoma de l'utilisateur. Elles lui permettent d'utiliser sa voix trachéo-œsophagienne sans avoir

besoin de faire une obstruction digitale du stoma. Avant de suggérer ce type de fourniture, il faut avant tout s'assurer de l'éligibilité de l'utilisateur, de sa motivation et de sa capacité à assumer les soins et l'entretien reliés à ce type d'aide.

Certains types de valves nécessitent l'utilisation de filtres de types « HME ». Ceux-ci ne sont pas fournis par les programmes SAL-PAC. Les coûts de ces filtres sont assumés par l'utilisateur. Il est donc important de s'assurer que l'utilisateur est prêt à assumer les coûts associés à ces types de valves avant d'en faire l'essai.

6.2.3. Les canules souples, les boutons de stoma et les dispositifs de rétention

Sur prescription médicale, les centres fournissent une canule souple ou un bouton de stoma à l'utilisateur porteur d'une PTO. La demande doit spécifier le type, le diamètre et la longueur requis. Des dispositifs de rétention pour ces fournitures sont également disponibles.

6.2.4. Les valves phonatoires pour canule trachéale

Sur prescription médicale, les centres de distribution suprarégionaux peuvent fournir une valve phonatoire pour les usagers trachéotomisés non laryngectomisés. Cette valve unidirectionnelle se place au bout de la canule trachéale et peut remplacer l'occlusion digitale pour permettre la phonation. Voir dans *Liste de matériel et quantités permises* les modèles de valve phonatoire disponibles.

6.3. LE MATÉRIEL DE SOINS

Les programmes SAL-PAC fournissent également à leur clientèle du matériel de soins qui n'a pas de fonction communicationnelle (voir *Liste de matériel et quantités permises*).

6.4. LES APPAREILS ET FOURNITURES D'EXCEPTION OU EXCÉDENTAIRES

Les besoins de communication étant variables et les chirurgies n'ayant pas toujours le même impact, les centres de distribution suprarégionaux acceptent de traiter des demandes particulières. Lorsqu'un professionnel sollicite une aide à la communication particulière et non prévue aux programmes, il doit compléter le formulaire *Demande d'aide à la communication d'exception*.

Ces demandes particulières sont étudiées par le comité provincial de gestion des exceptions (CPGE) des programmes SAL-PAC. Le comité transmet ensuite sa décision par écrit au professionnel de la santé qui a effectué la demande, par le biais d'une lettre réponse. Celui-ci communiquera la réponse à l'utilisateur.

Advenant une consommation plus élevée que les quantités établies, le centre de distribution suprarégional dirigera l'utilisateur vers son orthophoniste pour évaluer la situation. Si jugé pertinent, le professionnel devra compléter une *Demande d'aide à la communication excédentaire* qui sera aussi étudiée par le CPGE.

Lorsqu'une demande est refusée par le CPGE, un intervenant peut faire une demande écrite de révision en documentant davantage sa requête.

7. LES SERVICES DE RÉÉDUCATION ET DE SOUTIEN

Les programmes SAL-PAC privilégient que les usagers soient suivis en réadaptation dans l'établissement où a eu lieu la chirurgie. S'il y a une impossibilité pour l'établissement d'offrir ce service, des ententes sont établies entre le centre de distribution suprarégional et le personnel de l'établissement référent (infirmière, médecin, travailleur social ou autre personne autorisée) afin que l'utilisateur puisse recevoir les services dont il a besoin. Le centre suprarégional peut alors suggérer une ressource dans la région ou recevoir le patient sur demande.

Les centres de distribution suprarégionaux offrent des services de soutien aux intervenants sous forme de :

- échanges par téléphone ou par courrier électronique;
- téléconsultation;
- formation aux orthophonistes du réseau selon les besoins;
- intervention spécifique auprès d'un usager en présence ou non de l'orthophoniste référent.

COORDONNÉES DES CENTRES DE DISTRIBUTION SUPRARÉGIONAUX SAL-PAC



POUR L'EST DU QUÉBEC

CHU de Québec-Université Laval - L'Hôtel-Dieu de Québec
Service aux laryngectomisés, Programme d'aide à la communication
11, côte du Palais, porte 1565
Québec (Québec) G1R 2J6
Téléphone : 418 691-5095
Télécopieur : 418 691-5377
Courriel : programmesalpac@chudequebec.ca



POUR L'OUEST DU QUÉBEC

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Service aux laryngectomisés, Programme d'aide à la communication
Pavillon C, 9^e étage
1000, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 0C1
Téléphone : 514 890-8236
Télécopieur : 514 412-7899
Courriel : sal-pac.chum@ssss.gouv.qc.ca

Vous pouvez communiquer avec les centres de distribution les jours ouvrables pendant les heures habituelles de clinique.

INFORMATIONS PERTINENTES

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES LARYNGECTOMISÉS

Cette association a pour but d'établir des liens entre les membres et leur territoire. Pour ce faire, l'Association organise des activités incitant les membres et leurs proches à se réunir périodiquement. Il s'agit donc d'un endroit idéal pour recevoir de l'information, obtenir du soutien et se procurer certaines fournitures tout en permettant à la personne laryngectomisée d'exercer « sa nouvelle voix ». De plus, des bénévoles de cette association participent activement à la réadaptation des nouveaux opérés par des visites avant et après la chirurgie.

Coordonnées :

École Marguerite-de-Lajemmerais
5556, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1N 1A2
Téléphone : 514 259-5113
Site web : <http://fqlar.qc.ca>
Courriel : fqlar@fqlar.qc.ca

DOCUMENTS D'INFORMATION

« Nouvelle voix... Nouvelle vie, guide à l'intention des laryngectomisés »

DOCUMENTS DISPONIBLES POUR IMPRESSION AU :

chumontreal.qc.ca/patients/salpac

INFORMATION SUR LES PROGRAMMES SAL-PAC DISPONIBLES SUR LES SITES WEB SUIVANTS :

CHU de Québec-Université Laval : chudequebec.ca/salpac

CHUM : chumontreal.qc.ca/patients/salpac



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^e étage
1000, rue Saint-Denis
Montréal QC H2X 0C1
Tél. : 514 890-8236
Télec. : 514 412-7899

DÉCLARATION D'ENGAGEMENT

Au Québec, deux établissements administrent les programmes SAL-PAC. Dans votre cas, vous relevez du centre de distribution suprarégional (centre de distribution) suivant : (cochez)

- CHU de Québec-Université Laval
 CHUM

Par la présente, vous vous engagez à reconnaître que les appareils qui pourraient vous être prêtés demeurent la propriété de votre centre de distribution. Vous reconnaissez également que votre centre de distribution peut contrôler la quantité et le type de fournitures et de matériel de soins qui pourraient vous être donnés.

Par ailleurs, aucun appareil ou fourniture ne peut être vendu, échangé, modifié ou réparé par vous-même. Si un bris survient ou si l'appareil ou les fournitures ne sont plus utilisés, les appareils et leurs pièces doivent être retournés au centre de distribution. Advenant votre décès, l'un de vos proches ou une personne-ressource que vous aurez désignée dans votre entourage devra remettre l'appareil et toutes ses pièces à votre centre de distribution.

Enfin, nous tenons à vous sensibiliser au fait que les appareils, les fournitures pour la communication et le matériel de soins sont très coûteux et qu'il est essentiel d'en faire un bon usage. Il s'agit d'une responsabilité partagée entre vous et le centre de distribution. Veuillez prendre connaissance de l'étendue de vos responsabilités et de celles des centres de distribution (au verso).

Les centres de distribution entreront directement en contact avec les usagers qui ne respectent pas leurs engagements afin de corriger la situation. Les gestionnaires des programmes se réservent le droit d'exclure un usager qui ne respecterait toujours pas ses engagements envers les programmes SAL-PAC à la suite de cette démarche. Dans ce cas, l'utilisateur recevra une lettre lui expliquant les raisons qui ont motivé son exclusion.

J'atteste avoir pris connaissance des politiques de prises en charge et de mes responsabilités.

Initiale : _____

GESTION DES APPAREILS, FOURNITURES ET MATÉRIEL DE SOINS : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

RESPONSABILITÉS DU CENTRE DE DISTRIBUTION SUPRARÉGIONAL :

- Fournir des services (appareils, fournitures, soutien clinique) permettant d'optimiser la communication
- S'assurer que le matériel fourni réponde aux besoins réels de l'utilisateur
- Fournir le matériel de soins
- Réparer ou remplacer les appareils usés ou endommagés par une utilisation normale
- Fournir une prothèse trachéo-œsophagienne de réserve en vue de la future pose
- Communiquer périodiquement avec l'utilisateur pour valider qu'il utilise régulièrement le mode de communication pour lequel il bénéficie des services SAL-PAC
- Contrôler les quantités remises de fournitures et de matériel de soins

RESPONSABILITÉS DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

- Identifier au moins une personne-ressource et
 - l'informer des responsabilités décrites sur ce document;
 - l'aviser si un appareil de communication a été prêté.
- Aviser le centre de distribution SAL-PAC de tout changement de coordonnées (adresse postale, téléphone, courriel).
- Appliquer le plan d'intervention établi en collaboration avec l'orthophoniste ou le médecin ORL.
- Prendre connaissance des quantités de matériel permises et les respecter (voir le tableau « Liste de matériel et quantité permises »).
- Accepter qu'un appareil prêté ne soit pas toujours neuf.
- Respecter les règles de sécurité concernant l'utilisation des aides à la communication et du matériel de soins.
- Utiliser le matériel convenablement et aux fins pour lequel il a été fourni.
- Entretenir régulièrement les aides à la communication prêtées ou données et suivre les consignes reçues à cet effet.
- Conserver le matériel attribué et refuser de l'échanger, de le donner ou de le vendre.
- Retourner l'appareil prêté au centre de distribution s'il n'est plus utilisé ou si un autre mode de communication est privilégié.
- Aviser le centre de distribution s'il y a un bris sur l'appareil de communication. Advenant le bris de l'appareil ou de ses pièces, les remettre au centre de distribution.
- Assumer les coûts de remplacement de l'appareil d'aide à la communication et de ses pièces en cas de vol, de perte ou de bris causé par une utilisation négligente ou abusive, un feu ou un acte de vandalisme.
- Fournir au centre de distribution une prescription médicale ou une recommandation de l'orthophoniste pour toute demande ou modification relative aux prothèses trachéo-œsophagiennes, aux canules souples et aux valves phonatoires.

J'atteste avoir pris connaissance des conditions de prise en charge et de mes responsabilités. Initiales : _____

Nom de l'utilisateur (en lettres moulées) : _____

RAMQ : _____ Expiration : _____

Signature de l'utilisateur (ou de son représentant) _____ Date : _____

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) : _____

N° RAMQ : _____ Expiration (MM/AA) : _____

Adresse : _____

Langue parlée : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

INFORMATIONS MÉDICALES	PROBLÈME DE PAROLE
Diagnostic : _____	<input type="checkbox"/> Aphonie
Cancer ORL oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dysphonie
Chirurgie (incluant trachéotomie) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble d'articulation
Type : _____	<input type="checkbox"/> Trouble de résonance
Date de la chirurgie : _____	Autre handicap pouvant altérer la communication
Présence de trachéotomie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Raison de la trachéotomie : _____	
Chirurgien : _____	Éligibilité à un autre programme? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Hôpital : _____	Si oui, lequel : _____

Professionnel référent (nom et titre) : _____

Lieu de travail : _____

Téléphone : _____

Signature du professionnel référent : _____

Date : _____

DEMANDE D'AIDE À LA COMMUNICATION

Nom du patient : _____ RAMQ _____ Exp. : _____

APPAREILS

Larynx artificiel intra-buccal

- Générateur de son
- Générateur de son adapté (*Extended grip*)
- Fil pour générateur de son
- Tubes : souples rigides

Larynx artificiel cervical

Marque :

- Adaptateur buccal
- Tubes : souples rigides
- Chargeur
- Fil pour chargeur
- Étui

Amplificateur de voix

Type de micro :

- Cravate Serre-tête Col de cygne
- Sac de transport

Téléphone avec amplificateur de voix

Appareil téléscripateur (ATS)

* prescription médicale requise
** porteur de PTO uniquement

FOURNITURES

Prothèse trachéo-œsophagienne (PTO)

Marque : _____ Type : _____
Diamètre : _____ Longueur : _____

Cathéter _____ Fr

Brosse pour PTO Pipette pour PTO

Obturateur pour PTO (*plug*) :

Diamètre : _____ Marque : _____

Prothèse fermée (*TEP occluder*) :

Longueur : _____ Diamètre : _____

Valved Insert pour PTO

Valve mains libres pour PTO

InHealth Blom-Singer

Provox Type : _____

Diaphragme de remplacement (valve InHealth)

Arche pour valve mains libres Provox

Supports de valve souples adhésifs (*Housing*)

Marque : _____ Type : _____

Supports de valve rigides : Régulier Large

Disques de mousse : Régulier Large

Disques minces : Régulier Large

Bouteille de colle

Tampons protecteurs cutanés

Tampons avec adhésif

Tampons avec dissolvant

Canules en silicone* ** / boutons de stoma* **

Marque : _____ Modèle : _____ Grandeur : _____

Bande de rétention

Valve phonatoire *

Marque/type :

Accessoires :

Filtres protecteurs trachéaux en mousse (autocollants)

Professionnel : _____ Date : _____

Cette liste peut être modifiable sans préavis.

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*



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^e étage
1000, rue Saint-Denis
Montréal QC H2X 0C1
Tél. : 514 890-8236
Télec. : 514 412-7899

DEMANDE D'AIDE À LA COMMUNICATION EXCÉDENTAIRE

Identification de l'utilisateur

Nom : _____ Prénom _____

RAMQ : _____ Expiration : _____

Aide à la communication excédentaire demandée :

Raison(s) de la demande et tentatives de résolution du (des) problème(s)* :

Orthophoniste : _____ Téléphone : _____

Lieu de travail : _____ Date : _____

* Joindre une copie de l'évaluation orthophonique ou des notes de suivi si jugé pertinent.



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^e étage
1000, rue Saint-Denis
Montréal QC H2X 0C1
Tél. : 514 890-8236
Télec. : 514 412-7899

DEMANDE D'AIDE À LA COMMUNICATION D'EXCEPTION

Identification de l'utilisateur

Nom : _____ Prénom _____

RAMQ : _____ Expiration : _____

Description de la (des) difficulté(s) rencontrée(s) par le patient* :

Tentatives de résolution du (des) problème(s)* :

Aide à la communication excédentaire demandée** :

Orthophoniste : _____ Téléphone : _____

Lieu de travail : _____ Date : _____

* Joindre une copie de l'évaluation orthophonique ou des notes de suivi si jugé pertinent.

** Joindre non du fabricant, modèle et documentation disponible.



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^e étage
1000, rue Saint-Denis
Montréal QC H2X 0C1
Tél. : 514 890-8236
Télec. : 514 412-7899

DEMANDE DE PRÊT D'UNE TABLETTE ÉLECTRONIQUE

Identification de l'utilisateur

Nom : _____ Prénom : _____

RAMQ : _____ Expiration : _____

Il est de la responsabilité du professionnel à l'origine de la demande de procéder à la remise de la tablette électronique et à l'entraînement de l'utilisateur à son utilisation. Toutefois, comme la tablette électronique demeure la propriété du centre suprarégional et puisqu'elle pourrait ultérieurement être remise à un autre usager, sa configuration initiale sera effectuée par le centre de distribution, incluant le choix d'un code NIP (numéro d'identification personnel) permettant son déverrouillage. Afin de permettre une réinitialisation facile de l'appareil à la suite de son retour au centre de distribution, l'utilisateur doit être avisé par le professionnel responsable de **ne pas modifier le code NIP prédéterminé.**

Tablette :

Tablette d'environ 10 pouces, système d'exploitation Android avec étui protecteur

Application :

Application de synthèse vocale :

Assistant Parole AAC

Genre de la voix de synthèse :

Homme

Femme

Langue de la voix de synthèse :

Français

Anglais

Autre : _____

Autre type de tablette ou application souhaitée et justification :

Orthophoniste : _____ Téléphone : _____

Lieu de travail : _____ Date : _____



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^e étage
1000, rue Saint-Denis
Montréal QC H2X 0C1
Tél. : 514 890-8236
Télec. : 514 412-7899

RETOUR D'UN APPAREIL DE COMMUNICATION

Date : _____

Nom de l'utilisateur : _____

DESCRIPTION DE L'AIDE À LA COMMUNICATION :

- Appareil : _____ Numéro : _____
- Accessoire : _____
- Accessoire : _____
- Accessoire : _____

Rapportée par : _____

Lien avec l'utilisateur : _____

Téléphone : _____

Raison du retour : _____

Reçue par (nom) : _____

Coordonnées : _____

Je reconnais qu'en acceptant cette aide à la communication, je deviens responsable de la retourner au centre de distribution d'ici 10 jours.

Signature : _____

Date : _____

FORMULAIRE DE COMMANDE
MATÉRIEL DE SOINS
CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Les commandes sont expédiées une fois par mois seulement. Il n'y a aucun renouvellement systématique des commandes. Pour tout renouvellement de commande, veuillez remplir ce formulaire et nous le retourner par la poste, courriel ou télécopieur aux coordonnées suivantes:

Service aux laryngectomisés, Programme d'aide à la communication (SAL-PAC)

CHU de Québec-Université Laval
L'Hôtel-Dieu de Québec
11, Côte du Palais, porte 1565
Québec QC G1R 2J6

Téléphone : 418 691-5095

Télécopieur : 418 691-5377

Courriel : programmesalpac@chudequebec.ca

Veillez noter qu'il y a un délai de livraison et qu'aucune commande ne sera traitée en urgence.

S.V.P inscrivez la quantité de matériel requise pour une période de 4 semaines :

MATÉRIEL	QUANTITÉ MAXIMALE PERMISE	QUANTITÉ
Ruban à canule pour trachéotomie (100 m)	6 rouleaux de 100 m ou 12 rouleaux de 50 m par année	
Tiges montées non stériles 15,2 cm	3 sacs de 100 unités par mois	
Petites brosses trachéales 6"	4 par mois	
Solution saline NACL 0,9%, 5 ml	1 boîte de 100 unités par mois	
Compresse à drain 10 cm x 10 cm	2 boîtes de 50 unités par mois	
Compresse de gaze non stériles 10 cm x 10 cm	2 boîtes de 100 unités par mois	
Diachylon en tissu hypoallergénique 1,25 cm	2 rouleaux par mois	
Diachylon en tissu hypoallergénique 2,5 cm	2 rouleaux par mois	
Filtre en coton pour laryngectomisés	4 par mois	
Filtre en mousse pour laryngectomisés	4 par mois	
Carré de mousse autocollant	1 paquet de 30 unités par mois	
Pile Servox	2 par année	
Pile Cooper Rand 9V	2 par mois	

Les programmes SAL-PAC se réservent le droit de limiter les quantités.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

Si vous nous indiquez un changement d'adresse, s'agit-il d'un changement permanent?

OUI NON

Autres demandes :



**FORMULAIRE DE COMMANDE
MATÉRIEL DE SOINS
CHUM**

Les commandes sont expédiées une fois par mois seulement. Il n'y a aucun renouvellement systématique des commandes. Pour tout renouvellement de commande, veuillez remplir ce formulaire et nous le retourner par la poste, courriel ou télécopieur aux coordonnées suivantes:

**Service aux laryngectomisés, Programme
d'aide à la communication (SAL-PAC)**

CHUM

Pavillon C, 9^{ème} étage

1000, rue Saint-Denis

Montréal (Québec) H2X 0C1

Téléphone : 514 890-8236

Télécopieur: 514 412-7899

Courriel : sal-pac.chum@ssss.gouv.qc.ca

***Veuillez noter qu'il y a un délai de livraison
et qu'aucune commande ne sera traitée en
urgence.***

S.V.P inscrivez la quantité de matériel requise pour une période de 4 semaines:

MATÉRIEL	QUANTITÉ MAXIMALE PERMISE	QUANTITÉ
Ruban à canule pour trachéotomie	6 rouleaux de 100 m ou 12 rouleaux de 50 m par année	
Tiges montées non stériles 15,2 cm	3 sacs de 100 unités par mois	
Petites brosses trachéales 6"	4 par mois	
Solution saline NAACL 0,9%, 5 ml	1 boîte de 100 unités par mois	
Compresse à drain 10 cm x 10 cm	2 boîtes de 50 unités par mois	
Compresse de gaze non stériles 10 cm x 10 cm	2 boîtes de 100 unités par mois	
Diachylon en tissu hypoallergénique 1,25 cm	2 rouleaux par mois	
Diachylon en tissu hypoallergénique 2,5 cm	2 rouleaux par mois	
Filtres en coton pour laryngectomisés	4 par mois	
Filtres en mousse pour laryngectomisés	4 par mois	
Carré de mousse autocollant	1 paquet de 30 unités par mois	
Pile Servox	2 par année	
Pile Cooper Rand 9V	2 par mois	

Les programmes SAL-PAC se réservent le droit de limiter les quantités.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

Si vous nous indiquez un changement d'adresse, s'agit-il d'un changement permanent?

OUI NON

Autres demandes :

LISTE DE MATÉRIEL ET QUANTITÉS PERMISES

Les marques sont inscrites à titre indicatif seulement et ne sont pas limitatives. De plus, cette liste peut être modifiable sans préavis.

Appareils de communication	Quantités permises
Amplificateurs de voix et accessoires	
Amplificateur de voix	1 par 5 ans ou selon la durée de vie du manufacturier
Microphone (cravate, serre-tête ou col de cygne) pour amplificateur de voix	1 par 5 ans
Embout en mousse pour micro	2 par année
Sac de transport en tissus pour amplificateur	1 par 5 ans
Appareils téléphoniques	
Téléphone avec amplificateur de voix	1 par 10 ans ou selon la durée de vie du manufacturier
Appareil téléscripteur	1 par 10 ans ou selon la durée de vie du manufacturier
Larynx artificiels	
Larynx artificiel intra-buccal ou cervical	1 par 5 ans ou selon la durée de vie du manufacturier
Tube souple ou rigide pour larynx artificiel	30 par année
Générateur de son régulier ou adapté (<i>extended grip</i>)	2 par année
Fil pour générateur de son	4 par année
Adaptateur buccal pour larynx artificiel cervical	1 par 2 ans
Chargeur pour larynx artificiel cervical	1 par 10 ans
Étui pour larynx artificiel cervical	1 par 5 ans

Fournitures de communication	Quantités permises
Prothèses trachéo-œsophagiennes standards	
Prothèse à changement autonome (Blom-Singer Duckbill ou Blom-Singer Low pressure ou Provox NID)	8 par année
Prothèses trachéo-œsophagiennes à port prolongé	
Prothèse à port prolongé (Blom-Singer Indwelling de tous types ou Provox 2 ou Provox Vega)	6 par année
Prothèse trachéo-œsophagienne de type «occluder»	
Prothèse fermée (TEP occluder)	4 par année
Accessoires pour prothèse trachéo-œsophagienne	
Cathéter	6 par année
Dilatateur	1 par année
Pipette pour nettoyer la prothèse trachéo-œsophagienne	6 par année
Brosse pour nettoyer la prothèse trachéo-œsophagienne	12 par année
Capsule d'insertion de prothèse trachéo-œsophagienne	90 capsules par année
Bouchon pour prothèse trachéo-œsophagienne (Plug insert)	3 par année
Rondelle en silicone (Provox XtraFlange)	8 par année
Valves mains libres et accessoires	
Valve mains libres InHealth	1 par année

Diaphragme de remplacement pour valve InHealth	1 par année
Valve mains libres Provox	1 par année
Arche pour valve mains libres Provox FlexiVoice	1 par année
Support de valve rigide	2 par année
Disque de mousse ou disque minces pour support rigide	12 boîtes de 30 unités par année
Support de valve souple adhésif (Housing)	12 boîtes de 30 unités par année
Tampon protecteur cutané (Skin prep)	8 boîtes de 50 unités par année (max 1/jour)
Tampon avec adhésif (Skin TAC)	8 boîtes de 50 unités par année (max 1/jour)
Bouteille de colle	12 par année
Tampon avec dissolvant (Remove)	8 boîtes de 50 unités par année
Valves phonatoires	
Valve phonatoire pour trachéotomisé Passy Muir <u>ou</u> Portex <u>ou</u> Shiley	6 à 18 par année selon le modèle
Canules souples, boutons de stoma et accessoires	
Bouton de stoma ou canule souple Inhealth laryngectomy tube <u>ou</u> Provox Lary Button <u>ou</u> Provox Lary tube (standard <u>ou</u> fenestré <u>ou</u> avec anneau) <u>ou</u> Bentec T Vent <u>ou</u> Bivona T Vent	3 par année
Bande de rétention pour bouton de stoma ou canule souple	12 par année
Autres fournitures	
Carré de mousse autocollante (Kapitex laryngofoam)	12 paquets de 30 unités par année

Matériel de soins	Quantités permises
Filtre en coton avec cordon pour laryngectomisé	48 par année
Filtre en mousse avec cordon pour laryngectomisé	48 par année
Ruban à canule pour trachéotomie (rouleaux de 50 ou 100m)	6 rouleaux de 100m ou 12 rouleaux de 50m par année
Tige montée non stérile 15,2 cm	36 sacs de 100 unités par année
Petite brosse pour canule trachéale 6"	48 brosses par année
Solution saline NACL 0.9%, 5 ml	12 boîtes de 100 par année
Compresse de gaze non stérile 10 cm x 10 cm	200 unités par mois
Compresse de gaze à drain	100 unités par mois
Diachylon en tissu hypoallergénique 1.25 cm	24 rouleaux par année
Diachylon en tissu hypoallergénique 2.5 cm	24 rouleaux par année
Piles pour larynx artificiel Servox	2 piles par année
Piles pour larynx artificiel Cooper Rand (9V)	24 piles par année

Appareils et fournitures nécessitant une demande d'exception	Quantités permises
Appareil de synthèse vocale dédié	1 par 10 ans ou selon la durée de vie du manufacturier
Tablette électronique ou ordinateur avec synthèse vocale	1 par 10 ans
Sac ou étui pour appareil de synthèse vocale	1 par 5 ans
Support de canule souple avec crochets (LaryClips)	12 boîtes par année
Support pour valve mains-libres avec anneau métallique (Provox FreeHands Support)	6 par année
Adhésif pour support pour valve mains-libres (Provox FreeHands Support Adhesive)	12 boîtes par année