



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

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 : _____