FORMULAIRE DE COMMANDE  
MATÉRIEL DE SOINS POUR TRACHÉOTOMISÉS  
CHUM

*SERVICE AUX LARYNGECTOMISÉS,*

*PROGRAMME D’AIDE À LA COMMUNICATION*

*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:

**Téléphone**: 514 890-8000, poste 25585

**Télécopieur**: 514 412-7008

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

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

Centre hospitalier de l’Université de Montréal (CHUM)

Pavillon C, 9e étage

1000, rue Saint-Denis, porte C.09.7221

Montréal (Québec) H2X 3J4

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

**Demande faite pour : 1 mois  2 mois**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MATÉRIEL** | | **QUANTITÉ MAXIMALE PERMISE** | **QUANTITÉ\*** | |
| Ruban à canule pour trachéotomie (100 m) | | 1 rouleau de 50 m pour 1 mois  1 rouleau de 100 m pour 2 mois |  | |
| Tiges montées non stériles 15,2 cm | | 3 sacs de 100 unités pour 1 mois  6 sacs de 100 unités pour 2 mois |  | |
| Petites brosses trachéales 6’’ | | 4 pour 1 mois  8 pour 2 mois |  | |
| Solution saline NACL 0,9%, 5 ml | | 1 boîte de 100 unités pour 1 mois  2 boîtes de 200 unités pour 2 mois |  | |
| Compresses à drain 10 cm x 10 cm | | 2 boîtes de 50 unités pour 1 mois  4 boîtes de 50 unités pour 2 mois |  | |
| Compresses de gaze non stériles 10 cm x 10 cm | | 2 boîtes de 100 unités pour 1 mois  4 boîtes de 100 unités pour 2 mois |  | |
| Filtre en coton ou en mousse | | Maximum de 4 pour 1 mois  ou de 8 pour 2 mois  tous types confondus (coton et mousse) | Filtre en coton : | |
|  | |  | Filtre en mousse : | |
| *\* Assurez-vous que la quantité demandée corresponde à la période couverte par la commande que vous avez cochée ci-dessus.* | | | | |
| **Autres demandes :** |  | | |
|  | | | | |

**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**