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

*SERVICE AUX LARYNGECTOMISÉS,*

*PROGRAMME D’AIDE À LA COMMUNICATION*

*Les commandes sont expédiées une fois par mois ou deux 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**: 418 691-5095

**Télécopieur**: 418 691-5377

**Courriel**: programmesalpac@chudequebec.ca

**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

***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 PAR COMMANDE** | **QUANTITÉ\*** |
| Ruban à canule pour trachéotomie  | 1 rouleau de 50 m pour 1 mois1 rouleau de 100 m pour 2 mois |       |
| Tiges montées non stériles 15,2 cm  | 3 sacs de 100 unités pour 1 mois6 sacs de 100 unités pour 2 mois |       |
| Petites brosses trachéales 6’’  | 4 pour 1 mois8 pour 2 mois |       |
| Solution saline NACL 0,9%, 5 ml | 1 boîte de 100 unités pour 1 mois2 boîtes de 100 unités pour 2 mois |       |
| Filtre en coton ou en mousse | Maximum de 4 pour 1 moisou de 8 pour 2 moistous types confondus (coton et mousse) | Filtre en coton :        |
| Filtre en mousse :        |
| Carré de mousse autocollant (Laryngofoam) | 1 paquet de 30 unités par mois2 paquets de 30 unités pour 2 mois |       |
| Compresses de gaze non stériles 10 cm x 10 cm  | 2 boîtes de 100 unités pour 1 mois4 boîtes de 100 unités pour 2 mois |       |
| **POUR PORTEUR DE PROTHESE TRACHEO-ŒSOPHAGIENNE**  |
| Pipette  | 1 pour 2 mois |       |
| Brosse  | 1 pour 1 mois2 pour 2 mois |       |
| Diachylon en tissu hypoallergénique1,25 cm [ ]  OU 2,5 cm [ ]  | 1 rouleau pour 1 mois2 rouleaux pour 2 mois |       |
| *\* 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** [ ]