



SERVICE AUX LARYNGECTOMISÉS,
PROGRAMME D'AIDE À LA COMMUNICATION

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

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:

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

***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 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 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 :
Carré de mousse autocollant (Laryngofoam)	1 paquet de 30 unités par mois 2 paquets de 30 unités pour 2 mois	
Compresse 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	
POUR PORTEUR DE PROTHESE TRACHEO-CESOPHAGIENNE		
Pipette	1 pour 2 mois	
Brosse	1 pour 1 mois 2 pour 2 mois	
Diachylon en tissu hypoallergénique 1,25 cm <input type="checkbox"/> OU 2,5 cm <input type="checkbox"/>	1 rouleau pour 1 mois 2 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