



SERVICE AUX LARYNGECTOMISÉS,
PROGRAMME D'AIDE À LA COMMUNICATION

FORMULAIRE DE COMMANDE
MATÉRIEL DE SOINS POUR LARYNGECTOMISÉS
CHUM

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)

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Pavillon C, 9e étage

1000, rue Saint-Denis, porte C.09.7221

Montréal (Québec) H2X 3J4

Téléphone : 514 890-8000, poste 25585

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.***

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 ☐ OU 2,5 cm ☐	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 ☐