



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
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
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

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 CLINIQUES	
Cancer ORL : oui ☐ non ☐	
Diagnostic principal : _____	
Laryngectomie totale : oui ☐ non ☐	Atteinte ORL majeure et persistante sans chirurgie associée :
Fistule trachéo-œsophagienne oui ☐ non ☐ primaire	oui ☐ non ☐
Autre chirurgie oui ☐ non ☐	
Type : _____	Descriptif :
Date de la chirurgie et chirurgien : _____	
Hôpital : _____	
Présence de trachéotomie : oui ☐ non ☐	
Raison de la trachéotomie : _____	

☐ En inscrivant cet usager, je confirme qu'il n'est pas couvert par un autre programme gouvernemental. Initiales : ____

Professionnel référent (nom et titre) : _____

Lieu de travail : _____

Téléphone : _____

Signature du professionnel référent : _____ Date : _____

Toutes les sections doivent être adéquatement complétées pour que la demande d'inscription soit traitée.