



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

DEMANDE DE PRÊT D'UNE TABLETTE ÉLECTRONIQUE¹

Identification de l'utilisateur

Nom : _____ Prénom : _____
RAMQ : _____ Expiration : _____

L'essai préalable d'une tablette électronique avec l'utilisateur est nécessaire avant de procéder à cette demande.

Il est également de la responsabilité du professionnel à l'origine de la demande de procéder à la remise de la tablette électronique et à l'entraînement de l'utilisateur à son utilisation. Toutefois, comme la tablette électronique demeure la propriété du centre suprarégional et puisqu'elle pourrait ultérieurement être remise à un autre usager, sa configuration initiale sera effectuée par le centre de distribution, incluant le choix d'un code NIP (numéro d'identification personnel) permettant son déverrouillage. Afin de permettre une réinitialisation facile de l'appareil à la suite de son retour au centre de distribution, l'utilisateur doit être avisé par le professionnel responsable de **ne pas modifier le code NIP prédéterminé**.

Seule une application de communication peut également être demandée si le patient possède déjà son propre appareil électronique.

Une tablette électronique ne peut pas être considérée comme une alternative au non octroi d'un électrolarynx.

Tablette :

☐ Tablette d'environ 10 pouces, système d'exploitation
Android avec étui protecteur

Genre de la voix de synthèse :

☐ Homme
☐ Femme

Application :

Application de synthèse vocale :
☐ Assistant Parole AAC

Langue de la voix de synthèse :

☐ Français
☐ Anglais
☐ Autre : _____

Autre type de tablette ou application souhaitée et justification :

Orthophoniste : _____ Téléphone : _____

Lieu de travail : _____ Date : _____

¹ Ce formulaire doit être joint au formulaire «Demande d'aide à la communication d'exception»