DEMANDE D’AIDE À LA COMMUNICATION

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du patient :  |       | RAMQ |       | Exp. : |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPAREILS** | **FOURNITURES** |
| [ ]  **Larynx artificiel intra-buccal**  | [ ]  **Prothèse trachéo-œsophagienne (PTO)** |
|  [ ]  Générateur de son |  *Marque :* Choisissez un élément. *Type :* Choisissez un élément. |
|  [ ]  Générateur de son adapté (*Extended grip*) |  *Diamètre :* Choisissez un élément. *Longueur :* Choisissez un élément. |
|  [ ]  Fil pour générateur de son | [ ]  Cathéter Choisissez un élément.  |
|  [ ]  Tubes : [ ]  souples [ ]  rigides | [ ] Brosse pour PTO [ ]  Pipette pour PTO |
|  |  [ ]  Obturateur pour PTO (*plug*)*:*  *Diamètre*Choisissez un élément.*: Marque :* Choisissez un élément. |
| [ ]  **Larynx artificiel cervical**  |  [ ]  Prothèse fermée (*TEP occluder*) :  |
|  *Marque :* Choisissez un élément. |  *Longueur:* Choisissez un élément. *Diamètre*Choisissez un élément. |
|  [ ]  Adaptateur buccal |  [ ]  Valved Insert pour PTO  |
|  [ ]  Tubes : [ ]  souples [ ]  rigides  | [ ]  **Valve mains libres pour PTO**  |
|  [ ]  Chargeur |  [ ]  *InHealth Blom-Singer*  |
|  [ ]  Fil pour chargeur |  [ ]  Provox Flexivoice *Type :* Choisissez un élément. |
|  [ ]  Étui |  [ ]  Diaphragme de remplacement (valve InHealth) [ ]  Arche pour valve mains libres Provox |
|  |  [ ]  Supports de valve souples adhésifs (*Housing*) |
| [ ]  **Amplificateur de voix** |  *Marque* :Choisissez un élément. *Type :*        |
|  *Type de micro :*  |  [ ]  Supports de valve rigides : [ ]  Régulier [ ]  Large |
| [ ]  Cravate  | [ ]  Serre-tête  | [ ]  Col de cygne |  [ ]  Disques de mousse : [ ]  Régulier [ ]  Large |
|  [ ]  Sac de transport |  [ ]  Disques minces : [ ]  Régulier [ ]  Large |
|  |  [ ]  Bouteille de colle |
|   |  [ ]  Tampons protecteurs cutanés |
| [ ]  **Téléphone avec amplificateur de voix** |  [ ]  Tampons avec adhésif |
|  |  [ ]  Tampons avec dissolvant |
|   | [ ]  **Canules en silicone\* \*\* / boutons de stoma\* \*\*** |
| [ ]  **Appareil téléscripteur (ATS)** |  *Marque :* *Modèle :**Grandeur :* |
|  |  [ ]  Bande de rétention  |
|  | [ ]  **Valve phonatoire \*** |
|  |  *Marque/type :*Choisissez un élément. |
| \* prescription médicale requise\*\* porteur de PTO uniquement |  *Accessoires :*  |
|  | [ ]  Filtres protecteurs trachéaux en mousse (autocollants) |
| **Professionnel :** |       | **Date :**Cliquez ici pour entrer une date. |

Cette liste peut être modifiable sans préavis.