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.