DEMANDE D’AIDE À LA COMMUNICATION D’EXCEPTION

|  |
| --- |
| **Identification de l’usager** |
| Nom :  |       | Prénom |       |
| RAMQ :  |       | Expiration :  |       |
| Description de la (des) difficulté(s) rencontrée(s) par le patient\* : |
|       |
|  |
|  |
|  |
| Tentatives de résolution du (des) problème(s)\* :  |
|       |
|  |
|  |
|  |
| Aide à la communication excédentaire demandée\*\* : |
|       |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Orthophoniste : |       | Téléphone : |       |
| Lieu de travail :  |       | Date : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

\* *Joindre une copie de l’évaluation orthophonique ou des notes de suivi si jugé pertinent*.

\*\* *Joindre non du fabricant, modèle et documentation disponible*.