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*.