FORMULAIRE D’INSCRIPTION

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU PATIENT** |
| Nom :  |       |  |
| Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) :  |       |  |
| N° RAMQ :  |       | Expiration (MM/AA) : |       |
| Adresse :  |       |
| Langue parlée : |       |  |
| Téléphone domicile : |       |  |
| Téléphone travail :  |       |  |

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMATIONS MÉDICALES | PROBLÈME DE PAROLE |
| Diagnostic : |       | [ ]  Aphonie |
| Cancer ORL | oui [ ]  | non [ ]  | [ ]  Dysphonie |
| Chirurgie (incluant trachéotomie)  | oui [ ]  | non [ ]  | [ ]  Trouble d’articulation |
| Type :  |       | [ ]  Trouble de résonance |
| Date de la chirurgie |       | Autre handicap pouvant altérer la communication |
| Présence de trachéotomie :  | oui [ ]  | non [ ]  |       |
| Raison de la trachéotomie : |       |  |
| Chirurgien :  |       | Éligibilité à un autre programme? | oui [ ]  | non [ ]  |
| Hôpital :  |       | Si oui, lequel : |       |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Professionnel référent (nom et titre) : |       |
| Lieu de travail :  |       |
| Téléphone :  |       |
| Signature du professionnel référent :  |       |
| Date :  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |  |