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. | | |  | |