FORMULAIRE DE COMMANDE
MATÉRIEL DE SOINS
CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

*SERVICE AUX LARYNGECTOMISÉS,*

*PROGRAMME D’AIDE À LA COMMUNICATION*

*Les commandes sont expédiées une fois par mois seulement.* Il n’y a aucun renouvellement systématique des commandes. Pour tout renouvellement de commande, veuillez remplir ce formulaire et nous le retourner par la poste, courriel ou télécopieur aux coordonnées suivantes:

**Téléphone**: 418 691-5095

**Télécopieur**: 418 691-5377

**Courriel**: programmesalpac@chudequebec.ca

**Service aux laryngectomisés, Programme d’aide à la communication (SAL-PAC)**

CHU de Québec-Université Laval

L’Hôtel-Dieu de Québec

11, Côte du Palais, porte 1565

Québec QC G1R 2J6

***Veuillez noter qu’il y a un délai de livraison et qu’aucune commande ne sera traitée en urgence.***

**S.V.P inscrivez la quantité de matériel requise pour une période de 4 semaines :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MATÉRIEL** | **QUANTITÉ MAXIMALE PERMISE** | **QUANTITÉ** |
| Ruban à canule pour trachéotomie (100 m) | 6 rouleaux de 100 m ou 12 rouleaux de 50 m par année |       |
| Tiges montées non stériles 15,2 cm  | 3 sacs de 100 unités par mois |       |
| Petites brosses trachéales 6’’  | 4 par mois |       |
| Solution saline NACL 0,9%, 5 ml | 1 boîte de 100 unités par mois |       |
| Compresses à drain 10 cm x 10 cm | 2 boîtes de 50 unités par mois |       |
| Compresses de gaze non stériles 10 cm x 10 cm | 2 boîtes de 100 unités par mois |       |
| Diachylon en tissu hypoallergénique 1,25 cm | 2 rouleaux par mois |       |
| Diachylon en tissu hypoallergénique 2,5 cm | 2 rouleaux par mois |       |
| Filtre en coton pour laryngectomisés | 4 par mois |       |
| Filtre en mousse pour laryngectomisés | 4 par mois |       |
| Carré de mousse autocollant | 1 paquet de 30 unités par mois |       |
| Pile Servox | 2 par année  |       |
| Pile Cooper Rand 9V | 2 par mois |       |

**Les programmes SAL-PAC se réservent le droit de limiter les quantités**.

NOM :       PRÉNOM :

ADRESSE :

VILLE:       CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :       DATE DE NAISSANCE :

**Si vous nous indiquez un changement d’adresse, s’agit-il d’un changement permanent? OUI** [ ]  **NON** [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres demandes :**  |  |
|  |
|  |