Demande de consultation en orthophonie

■ INSCRIPTION A LA LISTE D'ATTENTE DE LA CLINIQUE ■

DATE DE LA DEMANDE : _____
AAAA/MM/JJ (p. ex., 2014 11 25)

PERSONNE QUI RECEVRA LES SERVICES :

Nom : _____
Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone à domicile : (_____) _____
Téléphone au travail : (_____) _____
Cellulaire : (_____) _____
Courriel : _____

PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE :

Nom : _____
Téléphone à domicile : (_____) _____
Téléphone au travail : _____
Cellulaire : (_____) _____
Courriel : _____
Lien avec la personne qui recevra les services : Parent Famille Autre
 Orthophoniste Médecin

VEUILLEZ CHOISIR LES CATÉGORIES QUI SEMBLENT LE MIEUX CORRESPONDRE À LA SITUATION DE LA PERSONNE QUI RECEVRA LES SERVICES :

☐ Langage (enfant)	☐ Bégaiement
☐ Langage (adulte - aphasie)	☐ Dysphagie
☐ Langage écrit	☐ Suppléance à la communication
☐ Articulation	☐ Trouble du spectre autistique
☐ Voix	☐ Autre : _____

DESCRIPTION DES DIFFICULTÉS VÉCUES :

.....

.....

.....

.....

NIVEAU SCOLAIRE
(S'IL Y A LIEU) :

ÉCOLE FRÉQUENTÉE
(S'IL Y A LIEU) :

LANGUE(S) FRÉQUEMMENT UTILISÉE(S) :

- Français Anglais Bilingue (fr/angl) Autre _____

TYPES DE SERVICES DÉSIRÉS :

- Évaluation Traitement / Suivi Autre _____

ÉVALUATION EXISTANTE (SERVICES REÇUS ANTERIEUREMENT) :

ORTHOPHONIE

- Agence préscolaire
(p. ex. : *Jeux de Mots*)
- Orthophoniste en privée
- Orthophoniste scolaire

Date : _____

Conclusion / recommandations :

.....

.....

.....

AUTRES SERVICES

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Psychologie/psychométrie
- Audiologie
- Audition
- Audition centrale
- Optométrie
- Vision
- Perception visuelle
- Autre : _____

Date : _____

Conclusion / recommandations :

.....

.....

.....

**Veillez expédier ce formulaire par télécopieur (705) 671-3889,
ou par courriel à cliniqueortho@laurentienne.ca
ou par la poste, à : Clinique universitaire d'orthophonie • Université Laurentienne
935, chemin du lac Ramsey • Sudbury (Ontario) P3E 2C6**