



**Formulaire de Demande de Service
Centre d'aphasie d'Ottawa**

2081, rue Merivale, suite 300 Ottawa, Ontario K2G 1G9
téléphone : (613) 567-1119 télécopieur : (613) 567-8930

NOM DU BÉNÉFICIAIRE: _____
PRÉNOM NOM

DATE DE NAISSANCE: ___/___/___ **ÂGE:** _____ **M_/F_**
J M A

ADRESSE: _____ **VILLE:** _____ **CODE POSTAL:** _____

TÉLÉPHONE A DOMICILE: (____) _____ **TÉLÉPHONE AU TRAVAIL:** (____) _____

NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER: _____

LIEN AVEC LE BÉNÉFICIAIRE : _____

ADRESSE: _____ **VILLE:** _____ **CODE POSTAL:** _____

TÉLÉPHONE À DOMICILE: (____) _____ **TÉLÉPHONE AU TRAVAIL:(____)** _____

COURRIEL : _____

SOURCE DE LA RÉFÉRENCE: _____ **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE:** (____) _____
COURRIEL : _____

AFFILIATION PROFESSIONNELLE: ORTHOPHONISTE _____
TRAVAILLEUR(SE) SOCIAL(E) _____
MÉDECIN DE FAMILLE _____
AUTRE (S.v.p. Spécifiez) _____

AGENCE OU HÔPITAL: _____

DATE DU TRAUMATISME CÉRÉBRAL CAUSANT L'APHASIE: ___/___/___
DIAGNOSTIC: _____ J M A

<u>HÔPITAUX & AGENCES FRÉQUENTÉS</u>	<u>DURÉE & FRÉQUENCE DE THÉRAPIE EN ORTHO</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

DATE DE CONGÉ DE L'HÔPITAL OU DE L'AGENCE : ___/___/___
J M A

S.V.P. COMMENTEZ DU PROGRÈS OBSERVÉ EN THÉRAPIE: _____

S.V.P. DÉCRIEZ LES FACTEURS DE COMPLICATION: _____

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE: _____ **TÉLÉPHONE :** (____) _____

DEGRÉ DE CAPACITÉ AMBULATOIRE: _____ **NIVEAU D'AUTONOMIE:** _____

(Si un client ne peut utiliser la salle de bain de façon indépendante, il ou elle doit amener quelqu'un afin de l'aider.)

S.V.P. CONTINUEZ AU VERSO

S.V.P. DÉCRIRE LES HABILITÉS DE COMMUNICATION DU BÉNÉFICIAIRE:

- difficultés réceptives sévères
- difficultés expressives sévères
- comprend mots et phrases simples
- produit des mots simples avec beaucoup d'ébauches
- difficultés à initier une interaction verbale
- comprend une conversation dans un format un à un
- peut dire des mots isolés et quelques phrases
- bonne compréhension
- peut faire connaître ses besoins fondamentaux et ses désirs verbalement
- difficulté modérée à trouver ses mots
- difficultés réceptives et expressives légères

COMMENTAIRES: _____

LANGUES PARLÉES: 1^{ÈRE} _____ 2^{ÈME} _____ AUTRE _____

HABILITÉS PRAGMATIQUES: _____

LE BÉNÉFICIAIRE POSSÈDE-T-IL UN LIVRE DE COMMUNICATION? OUI _____ **NON** _____

SI OUI, DE QUELLE FAÇON EST-IL UTILISÉ? _____

QUELLES AUTRES MÉTHODES COMPENSATOIRES FURENT UTILES? _____

VISION: _____ **AUDITION:** _____ **MANUALITÉ PRÉ-MORBIDE :** _____

ÉDUCATION: _____ **EMPLOI(S) PRÉCÉDENT(S) :** _____

BÉNÉFICIAIRE A-T-IL QUITTÉ SON EMPLOI À CAUSE DE SON TRAUMATISME CÉRÉBRAL? OUI _____ **NON** _____

PRINCIPAUX CONTACTS SOCIAUX DU BÉNÉFICIAIRE: _____

INTÉRÊTS ET PASSE-TEMPS DU BÉNÉFICIAIRE:

Lorsque cette demande sera reçue, l'orthophoniste et le/la travailleur(se) social(e) planifierons une visite à domicile avec le bénéficiaire et sa famille. Le but de cette visite à domicile est d'évaluer les besoins spécifiques, de discuter des inquiétudes présentes, et de déterminer quels programmes offerts par le Centre d'Aphasie d'Ottawa peut être bénéfique pour le bénéficiaire. À la suite de cette visite à domicile, le bénéficiaire et sa famille peuvent débiter le programme aussitôt qu'une ouverture se présente. Afin de nous aider à maintenir une continuité et une excellence de service dans le meilleur de nos moyens, s.v.p. nous faire parvenir les évaluations récentes et les rapports de progrès. On apprécie particulièrement votre description de la "communication fonctionnelle" du bénéficiaire et de la façon dont il/elle interagit pendant une conversation. De l'information au sujet de la famille et du réseau de soutien est également apprécié.

J'ai expliqué l'information à _____ et je crois que ce fut compris.
Nom du bénéficiaire

DATE: _____ **SIGNATURE DE LA PERSONNE SOURCE:** _____

Je consens à cette consultation au Centre d'Aphasie d'Ottawa

DATE: _____ **SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE:** _____