



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

153 rue Chapel (1<sup>er</sup> plancher) Ottawa, Ontario K1N 1H5  
613-567-1119 (télécopieur) 613-241-4170

**NOM DU BÉNÉFICIAIRE:** \_\_\_\_\_  
PRÉNOM NOM

**DATE DE NAISSANCE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **ÂGE:** \_\_\_\_\_  
J M A

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_ **VILLE:** \_\_\_\_\_ **CODE POSTAL:** \_\_\_\_\_

**TÉLÉPHONE A DOMICILE:** (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ **TÉLÉPHONE AU TRAVAIL:** (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**NOM DE LA PERSONNE CONTACT:** \_\_\_\_\_

**LIEN AVEC LE BÉNÉFICIAIRE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_ **VILLE:** \_\_\_\_\_ **CODE POSTAL:** \_\_\_\_\_

**TÉLÉPHONE À DOMICILE:** (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ **TÉLÉPHONE AU TRAVAIL:**(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**SOURCE DE LA RÉFÉRENCE:** \_\_\_\_\_ **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE:** (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**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

**HÔPITAUX & AGENCES FRÉQUENTÉS** **DURÉE & FRÉQUENCE DE THÉRAPIE EN ORTHO**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**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 HABILÉTÉS 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<sup>ÈRE</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>ÈME</sup> \_\_\_\_\_ AUTRE \_\_\_\_\_

**HABILÉTÉS 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:** \_\_\_\_\_