

PROGRAMME DES VISITEURS-ACCOMPAGNATEURS

CONFIRMATION DE VISITE

1- Nom du patient : _____

2- Adresse : _____

3- Numéro de téléphone: _____

4- Adresse courriel : _____

5- Date de naissance : jour _____ mois _____ année _____

6- Nom du chirurgien ORL: _____ Hôpital _____

7- Accompagnateur (cochez) : conjoint(e) autre _____

8- Lieu de la visite (cochez) : à l'hôpital virtuelle autre _____

9- Nom de l'orthophoniste : _____

10- Collet de douche remis # _____ Nom du visiteur _____

ADHÉSION À L'ASSOCIATION

Je désire m'inscrire à l'Association québécoise des laryngectomisés. Je confirme mon consentement à ce que mes renseignements personnels ci-haut mentionnés leur soit transmis et utilisés aux fins de toute correspondance venant de l'Association.

Cochez : OUI NON

Signature du patient _____ Date _____

(en cas de consentement verbal, l'intervenant ou le visiteur peut l'indiquer et y apposer sa signature)

Faire parvenir au secrétariat de l'Association à l'adresse ci-dessous. Le visiteur conserve une copie pour effectuer le suivi.