



Assistive Communication Clinic (ACC) Adult Service Referral Form

Clinique d'aides techniques à la communication
Demande de service pour les adultes



Name: _____ **D.O.B.:** _____
Nom DDN

Telephone: _____ **Contact Person and Telephone (if other than client):** _____
Téléphone Contact et téléphone (si ce n'est pas le client)

Address: _____ **Health Card # :** _____
Adresse Carte de santé

Purpose of Assessment:

But de l'évaluation

Writing Aid (need adaptive equipment to write or to use a computer)

Client must have some literacy.

Aide à l'écriture (besoin d'aides techniques pour écrire ou pour utiliser un ordinateur)

Le client doit avoir un niveau raisonnable d'alphabétisation.

Face to Face Communication (need for technology or communication displays to help with communication)

Communication face à face (besoin d'aides techniques ou tableaux de communication)

Other _____
Autres

Goals of Intervention: _____
Objectifs de l'intervention

Diagnosis (confirmed by physician/NP): _____ **Date of Onset:** _____
Diagnostic (confirmé par le médecin/IP) Date d'apparition

Name and Address of Referring Physician or Nurse Practitioner : _____
Nom et adresse du médecin ou de l'infirmière
praticienne _____

Signature of Physician or Nurse Practitioner _____ **Date** _____
Signature du médecin ou de l'infirmière praticienne

Send Referral to: / Envoyez la demande à
Assistive Communication Clinic / Clinique d'aides techniques à la communication
HSN-CTC building / HSN-Edifice du CTE
41, Chemin du lac Ramsey Lake Road Sudbury, (Ontario) P3E 5J1
Tel. 705-523-7100 ext. 3549/3550, Toll free / Sans frais 1-866-469-0822
Fax. / Téléc. 705-523-7157

FOR OFFICE USE ONLY	Date Referral Received
Signature of acknowledging therapist	