



Demande de consultation en orthophonie

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

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

Veillez **apposer vos initiales pour confirmer que vous comprenez** que la Clinique d'orthophonie de l'Université Laurentienne est une clinique privée. Par conséquent :

- Il y a des frais associés aux services. _____
Vos initiales.  Voir la grille tarifaire jointe à ce formulaire.
- Certains services peuvent être livrés par un étudiant ou une étudiante en orthophonie, sous la supervision d'une orthophoniste. _____
Vos initiales. 

Comment avez-vous entendu parler de notre Clinique? _____

PERSONNE QUI RECEVRA LES SERVICES :

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

PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE (si elle n'est pas la même personne que celle indiquée ci-dessus) :

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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Langage (enfant) | <input type="checkbox"/> Bégaiement |
| <input type="checkbox"/> Langage (adulte – aphasie) | <input type="checkbox"/> Dysphagie |
| <input type="checkbox"/> Langage écrit | <input type="checkbox"/> Suppléance à la communication |
| <input type="checkbox"/> Articulation | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique |
| <input type="checkbox"/> Voix | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

DESCRIPTION DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES :

.....
.....
.....

NIVEAU SCOLAIRE (S'IL Y A LIEU) :	ÉCOLE FRÉQUENTÉE (S'IL Y A LIEU) :	ADULTE : <input type="checkbox"/>
---	--	--

LANGUE(S) FRÉQUEMMENT UTILISÉE(S) :

Français Anglais Bilingue (français/anglais) Autre _____

TYPES DE SERVICES DEMANDÉS :

Évaluation Traitement / Suivi Autre _____

ÉVALUATIONS EXISTANTES (SERVICES REÇUS ANTÉRIEUREMENT) :

ORTHOPHONIE (ORTHOPHONISTE)	NOM	Date : _____
<input type="checkbox"/> d'une agence préscolaire (p. ex.: <i>Jeux de Mots</i>)	_____	Conclusion / Recommandations :
<input type="checkbox"/> en privé	_____	
<input type="checkbox"/> scolaire	_____	
<input type="checkbox"/> d'un hôpital	_____	
<input type="checkbox"/> du CASC (RLISS-NE)	_____	
<input type="checkbox"/> Autre	_____	

AUTRES SERVICES	NAME	Date : _____
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	_____	Conclusion / Recommandations :
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	_____	
<input type="checkbox"/> Psychologie/psychométrie ...	_____	
<input type="checkbox"/> Audiologie	_____	
<input type="checkbox"/> Audition	_____	
<input type="checkbox"/> Audition centrale	_____	
<input type="checkbox"/> Optométrie	_____	
<input type="checkbox"/> Vision	_____	
<input type="checkbox"/> Perception visuelle	_____	
<input type="checkbox"/> Médecins/spécialistes	_____	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	_____	

Veillez expédier ce formulaire d'inscription

par télécopieur (705) 671-3889, **ou** par courriel cliniqueortho@laurentienne.ca

ou par la poste à : Clinique universitaire d'orthophonie • Université Laurentienne • 935, chemin du lac Ramsey • Sudbury ON P3E 2C6

(mise à jour novembre 2019)



Clinique universitaire ORTHOPHONIE

Grille tarifaire
mise à jour, mai 2024

La Clinique universitaire d'orthophonie de l'Université Laurentienne offre des tarifs réduits comparativement aux frais typiques de services d'orthophonie privés en Ontario parce que les étudiants du programme de Maîtrise de l'École d'orthophonie participent à la prestation de services à divers titres.

Nos services sont adaptés aux besoins de chaque client. L'orthophoniste discutera avec le client des services qu'il désire ou dont il a besoin et ils s'entendront ensuite sur ces services.

GRILLE TARIFAIRE

	SERVICES	TARIFS
ÉVALUATION	Temps passé face à face avec le client	<ul style="list-style-type: none"> • 118 \$ pour la première heure ET • 29,50 \$ pour chaque 15 minutes supplémentaires
	Temps consacré à la notation et à l'analyse des tests, à la formulation de recommandations, à la rédaction d'un rapport d'évaluation , etc.	<ul style="list-style-type: none"> • 118 \$ / heure (peut être facturé par blocs de 15 minutes)
	Rencontre de partage du rapport	<ul style="list-style-type: none"> • 70 \$ / demi-heure - tarif minimal de 30 minutes (70 \$) si la rencontre ne se déroule pas en même temps qu'une séance de thérapie.
THÉRAPIE	Temps passé face à face avec le client	<ul style="list-style-type: none"> • 118 \$ / séance Les frais incluent : le temps passé en face à face avec le client & la préparation nécessaire avant et après la séance.
	Consultation (avec ou sans le client)	<ul style="list-style-type: none"> • Les consultations de 15 minutes ou plus coûteront 29,50 \$ par bloc de 15 minutes.
	Rapport de progrès - Un rapport n'est pas toujours requis. Cela est déterminé sur une base individuelle	<ul style="list-style-type: none"> • 118 \$ / heure (peut être facturé par blocs de 15 minutes)
	Rencontre de partage du rapport	<ul style="list-style-type: none"> • 70 \$ / demi-heure - tarif minimal de 30 minutes (70 \$) si la rencontre ne se déroule pas en même temps qu'une séance de thérapie.
DÉPLACEMENT	Jusqu'à 5 kms de la Clinique universitaire de l'UL	<ul style="list-style-type: none"> • Sans frais
	Distances de plus de 5 kms de la Clinique universitaire de l'UL	<ul style="list-style-type: none"> • 0,58 \$ par kilomètre • Google Maps sera utilisé pour calculer la distance.
ANNULATIONS	Pour les séances qui ont lieu à l' extérieur de la Clinique	<ul style="list-style-type: none"> • 70 \$ si l'orthophoniste est déjà en route pour la séance du client. – Nous reconnaissons qu'une maladie imprévue et d'autres événements de la vie surviennent. Toutefois, l'horaire devra être revu après deux annulations.
	Si aucune annulation n'est reçue	<ul style="list-style-type: none"> • 70 \$ (Les services seront interrompus après 2 rendez-vous manqués, sans avis.)

PAIEMENT

Le paiement est dû à chaque séance.

Je reconnais que j'ai pris connaissance de la Grille tarifaire de la Clinique universitaire d'orthophonie et que j'ai reçu des réponses satisfaisantes à mes questions à cet égard.

Signature du client/parent

date