



Assistive Communication Clinic (ACC)
Adult Outpatient 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 (adaptive equipment to write or to use a computer). Client must have some literacy.
Aide à l'écriture (aides techniques pour écrire ou pour utiliser un ordinateur). Le client doit avoir un niveau raisonnable d'alphabétisation.
Face to Face Communication (communication displays and/or voice output communication aid)
Communication face à face (tableaux de communication et/ou dispositif de communication vocale)
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 of Referring Physician/Nurse Practitioner : _____
Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne

Address: _____
Adresse

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
Health Sciences North -CTC building / Horizon Santé Nord -Édifice du CTE
1933 Regent St. Unit 46F Sudbury, Ontario P3E 5R2
Tel. 705-523-7100 ext. 3549 or 3550, Toll free / Sans frais 1-866-469-0822
Fax. / Téléc. 705-523-7157

Table with 2 columns: FOR OFFICE USE ONLY, Date Referral Received. Row 1: Signature of acknowledging ACC clinician