

Nom/Name: _____

DDN/DOB: _____

Phone/Tél: _____

DATE: _____

Motif de la référence / Reason for referral

- ☐ Retard ou trouble du développement du langage / Language delay or disorder
- ☐ Trouble de la parole / Speech sound disorder
- ☐ Difficultés de communication / Communication difficulties
- ☐ Trouble de la communication acquis (AVC, TCC) / Acquired communication disorder (stroke, TBI)
- ☐ Trouble de la voix / voice disorder
- ☐ Trouble de la déglutition / Swallowing disorder
- ☐ Trouble orofacial myofonctionnel (respiration buccale, poussée linguale, ankyloglossie, etc.) / Orofacial myofunctional disorder (mouth breathing, tongue thrust, ankyloglossia, etc.)
- ☐ Autre/Other:

Professionnel référent / Referring Provider:

*Auto-référence et références professionnelles acceptées
*Self-referrals and professional referrals welcome

Clinique Oromyo - 10 avenue du Village, Suite 8, Campbellton, NB

☎ : 506-227-7285 ✉ : info@oromyo.ca

☎ Fax : 506-789-7641