



**COMPLÉMENT À LA DEMANDE DE SERVICE  
AU GUICHET D'ACCÈS DPDAR -  
CLIENTÈLE ENFANCE - BÉGALEMENT**

Installation: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

aaaa-mm-jj

Dossier # : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

Le présent questionnaire nous permet d'avoir un portrait des besoins de l'enfant. Merci de votre temps et de votre précieuse collaboration

\*\*\*Prendre note qu'un enfant de plus de 18 ans ou qui bégaye depuis moins de 6 mois n'est pas admissible au programme.

**SECTION 1 (À REMPLIR PAR L'ORTHOPHONISTE ET LE PARENT )**

**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

Y a-t-il d'autres membres de la famille, proche ou éloignée :

1) Qui ont déjà bégayé, mais qui ne bégayaient plus? ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

2) Qui ont déjà bégayé et qui bégayaient encore? ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

3) Qui ont eu des problèmes de langage? ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, lesquels et quel est le lien de parenté avec l'enfant?  
\_\_\_\_\_

4) Qui vivent de l'anxiété, dépression? ☐ Oui ☐ Non

**LE LANGAGE**

1) L'enfant a-t-il déjà eu un suivi orthophonique pour le langage? ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, conclusion orthophonique : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Langues parlées :  
À la maison : \_\_\_\_\_ École : \_\_\_\_\_ Service de garde : \_\_\_\_\_

3) Si l'enfant est scolarisé, présente-t-il des problèmes d'apprentissage? ☐ Oui ☐ Non,  
précisez s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

## LA FLUIDITÉ

À quel âge ont été remarqués les premiers moments de bégaiement de l'enfant? \_\_\_\_\_

Qui les a remarqués? \_\_\_\_\_

L'enfant a commencé à bégayer : ☐ De façon graduelle ☐ Tout d'un coup

Est-ce que l'enfant bégaye de la même façon maintenant qu'au début? ☐ Oui ☐ Non

Sinon, expliquez : \_\_\_\_\_

Le bégaiement de l'enfant est : ☐ Constant ☐ Variable (bonnes et mauvaises périodes)

L'enfant bégaye : ☐ Au début des phrases seulement ☐ Un peu partout dans la phrase et dans la conversation

L'enfant semble-t-il forcer ou pousser en parlant? ☐ Oui ☐ Non

Lorsqu'il bégaye, y a-t-il des grimaces, des mouvements du corps, de la tête, des yeux, des changements dans sa voix ou autres?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Est-ce que le parent ou un membre de l'entourage (ou éducatrice ou professeur) a du mal à comprendre l'enfant parce qu'il parle trop vite?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Comment jugez-vous la sévérité du bégaiement de l'enfant sur une échelle de 0 à 9 (ENCERCLEZ)?

0 = Parole normale

1 = Bégaiement très léger

9 = Bégaiement extrêmement sévère

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9

Commentaires et observations :

---



---



---



---



---



---

## SECTION 2 (À REMPLIR PAR L'ORTHOPHONISTE ET LE PARENT)

## LES IMPACTS DU BÉGAIEMENT

Est-ce qu'à cause de son bégaiement, votre enfant a de la difficulté à demander ce dont il a besoin?

- ☐ Oui
 ☐ Rarement
 ☐ Parfois  
☐ La plupart du temps
 ☐ Toujours
 ☐ Non

Si oui, expliquez les impacts du bégaiement : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'à cause de son bégaiement, vous avez de la difficulté à comprendre ce que vous dit votre enfant?

- ☐ Oui
 ☐ Rarement
 ☐ Parfois  
☐ La plupart du temps
 ☐ Toujours
 ☐ Non

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

Quand votre enfant bégaié, comment est-ce qu'il réagit?

- |                                   |                                 |                                   |                                  |  |                                   |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| Est-ce qu'il continue sa phrase ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Est-ce qu'il se fâche?            | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Est-ce qu'il arrête de parler?    | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Est-ce qu'il change de phrase?    | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |

Si sa réaction est problématique, expliquez : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant évite de parler dans des situations à cause de son bégaiement?

- ☐ Oui
 ☐ Rarement
 ☐ Parfois  
☐ La plupart du temps
 ☐ Toujours
 ☐ Non

Cochez les situations problématiques s'il y a lieu :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dire son nom à l'école                   | <input type="checkbox"/> Répondre au téléphone        | <input type="checkbox"/> Lecture à voix haute |
| <input type="checkbox"/> Répondre à une question en classe        | <input type="checkbox"/> Parler à un ami au téléphone | <input type="checkbox"/> Faire un exposé oral |
| <input type="checkbox"/> Commander de la nourriture au restaurant | <input type="checkbox"/> Autre _____                  |   |

Est-ce qu'il y a d'autres situations problématiques dont vous voudriez nous parler?

\_\_\_\_\_

Votre enfant se fait-il taquiner parce qu'il bégaié? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est-il conscient de son problème de fluidité? ☐ Oui ☐ Non

Comment vous sentez-vous quand votre enfant bégaié?

- |  |                                      |                                   |                                      |                                    |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inconfortable | <input type="checkbox"/> Impatient   | <input type="checkbox"/> Coupable | <input type="checkbox"/> Inquiet     | <input type="checkbox"/> Découragé |
| <input type="checkbox"/> Triste        | <input type="checkbox"/> Pas inquiet | <input type="checkbox"/> Confiant | <input type="checkbox"/> Autre _____ |                                    |

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Votre enfant a-t-il déjà été évalué pour la fluidité/bégaiement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, par qui et à quel âge?		
_____		
Votre enfant a-t-il déjà été suivi pour la fluidité/bégaiement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, par qui et à quel âge?		
_____		

LA MOTIVATION	
À la demande de qui avez-vous fait une demande de service au Centre de réadaptation physique pour le bégaiement de votre enfant?	
<input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Votre jeune <input type="checkbox"/> Autre _____	
Comment évalueriez-vous votre niveau de motivation à vous investir dans une thérapie en bégaiement, à participer et à appliquer le programme à domicile ? (ENCERCLEZ)	
1 (nul)	2 - 3 - 4 - 5 (très élevé)
Comment évalueriez-vous le niveau de motivation de votre enfant à suivre une thérapie en bégaiement? (ENCERCLEZ)	
1 (nul)	2 - 3 - 4 - 5 (très élevé)

\_\_\_\_\_  
 Nom du parent  
 No de téléphone :  
 Adresse courriel :

\_\_\_\_\_  
 Signature

\_\_\_\_\_  
 Nom de l'orthophoniste  
 No de téléphone :  
 Adresse courriel :

\_\_\_\_\_  
 N° permis d'exercice

\_\_\_\_\_  
 Signature

Vous devez joindre à cette demande le  
 « **FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICES EN DÉFICIENCE, AUTISME ET RÉADAPTATION** »  
 ainsi que le présent formulaire et tous autres documents jugés pertinents au :

Guichet d'accès  
 9500, boulevard du Centre-Hospitalier  
 Lévis (Québec) G6X 0A1  
 Télécopieur : 418-380-2095