



CA8510

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

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 bégaié 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 bégaien plus? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

2) Qui ont déjà bégayé et qui bégaien 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 : _____

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

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'ORTHOAPHONISTE 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?

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois |
| <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> 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?

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois |
| <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, expliquez : _____

Quand votre enfant bégaye, 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?

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois |
| <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> 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 bégaye? Oui Non

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

Comment vous sentez-vous quand votre enfant bégaye?

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <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'usager	Prénom de l'usager	N° de dossier
-----------------	--------------------	---------------

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

LA MOTIVATION

À la demande de qui avez-vous fait une demande de service au Centre de réadaptation physique pour le béquaiement de votre enfant?

Vous-même Votre jeune 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 - 2 - 3 - 4 - 5
(nul) (très élevé)

Comment évalueriez-vous le niveau de motivation de votre enfant à suivre une thérapie en bégaiement? (ENCERCLEZ)

1 - 2 - 3 - 4 - 5
(nul) (très élevé)

Nom du parent

No de téléphone :

Adresse courriel :

Signature

Nom de l'orthophoniste

N° permis d'exercice

Signature

No de téléphone :

Numéro de téléphone :
Adresse courriel :

Adresse courrier :

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**