



Le présent questionnaire nous permettra d'avoir un portrait des besoins de l'enfant. Avec ces renseignements, nous pourrions déterminer quels services seront offerts. Merci pour votre temps et pour votre collaboration.

*N.B. Toute demande de service au programme peut être remplie seulement si le bégaiement de l'enfant a commencé il y a **au moins 6 mois** et s'il est **toujours présent**.*

DEMANDE DE SERVICES - BÉGALEMENT

SECTION 1 – Doit être complétée par un médecin ou un orthophoniste

Identification

Nom et prénom de l'enfant :

Antécédents familiaux

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

1) Qui ont déjà bégayé, mais qui ne bégaièrent plus? oui non
Si oui, lesquels?

2) Qui ont déjà bégayé et qui bégaièrent 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?

Le langage

À quelle(s) langue(s) cet enfant est-il exposé? Dans quels milieux?

Quelle langue est dominante pour l'enfant? Quelle langue est la deuxième connue? (SVP indiquez-nous si les langues sont maîtrisées également.)

Le développement du langage de l'enfant a-t-il été :

normal? rapide? en retard?

Précisez s'il y a lieu :

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?
Est-ce que l'enfant a commencé à bégayer de façon graduelle <input type="checkbox"/> ou tout d'un coup? <input type="checkbox"/>
Est-ce que l'enfant bégaille de la même façon maintenant qu'au début? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, expliquez :
Est-ce que le bégaiement de l'enfant est : <input type="checkbox"/> constant? <input type="checkbox"/> variable? (bonnes et mauvaises périodes)
Est-ce que l'enfant bégaille : <input type="checkbox"/> Au début des phrases seulement? <input type="checkbox"/> Un peu partout dans la phrase et dans la conversation?
L'enfant semble-t-il forcer ou pousser en parlant? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lorsqu'il bégaille, y-a-t-il des grimaces, des mouvements du corps, de la tête, des yeux, des changements dans sa voix ou autres? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, précisez :

Établissement de santé : _____

Professionnel : médecin orthophoniste _____
Nom du professionnel

Signature

Date

SECTION 2 – Doit être complétée par le parent

Les impacts des dysfluidités

Présentement, à cause de son bégaiement, l'enfant a-t-il des problèmes à :

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dire son nom? | <input type="checkbox"/> Répondre à une question? | <input type="checkbox"/> Expliquer? |
| <input type="checkbox"/> Demander quelque chose? | <input type="checkbox"/> Faire une blague? | <input type="checkbox"/> Téléphoner? |
| <input type="checkbox"/> Poser une question? | <input type="checkbox"/> Raconter? | <input type="checkbox"/> Converser? |
| <input type="checkbox"/> Faire une présentation? | <input type="checkbox"/> Se mêler aux autres enfants? | |

Précisez s'il y a lieu :

L'enfant évite-t-il de parler dans certaines situations? oui non

Si oui, précisez.

L'enfant se fait-il taquiner parce qu'il bégaié? oui non

L'enfant est-il conscient de son problème de fluidité? oui non

Comment réagit-il quand il bégaié?

Comment vous sentez-vous quand votre enfant bégaié? (inconfortable surpris coupable inquiet pas inquiet autre _____)

Comment jugez-vous la sévérité du bégaiement de votre enfant sur une échelle de 1 à 10 (encerclez)?

1 _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_

(fluidité normale)

(bégaiement très sévère)

La motivation

À la demande de qui avez-vous fait une demande de consultation à l'Hôpital juif de réadaptation pour le bégaiement de votre enfant?

vous-même votre jeune autre : _____

Comment coteriez-vous votre niveau de motivation à vous investir dans une thérapie en bégaiement, à participer et à appliquer le programme à domicile?

1 _2_ _3_ _4_ _5_

(nul)

(très élevé)

Comment coteriez-vous le niveau de motivation de votre enfant à suivre une thérapie en bégaiement?

1 _2_ _3_ _4_ _5_

(nul)

(très élevé)

Nom du parent

Signature

Date

SVP envoyez ce questionnaire et tout autre document jugé pertinent (ex : rapports en orthophonie, rapports en psychologie, rapports en audiologie, si applicable) à:

Programme pédiatrique en bégaiement
Hôpital juif de réadaptation
3205, Place Alton-Goldbloom, Laval (Québec) H7V 1R2
Télécopieur. : 450-688-9640