|  |  |
| --- | --- |
| Version électronique  **Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble de spectre de l'autisme et déficience physique** | Demande de services  Bégaiement  **SECTION DU PROFESSIONNEL** |
| **DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR UN MÉDECIN OU UN(E) ORTHOPHONISTE** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Identification de l’enfant** | |  | |
| NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | | DATE DE NAISSANCE |
| Courriel de la mère ou du parent 1 : | | | |
| Courriel du père ou du parent 2: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Admissibilité aux services bégaiement** |  |
| L’enfant bégaie depuis plus de 6 mois: | Oui  Non |
| L'enfant est âgé entre 3 et 17 ans | Oui  Non |
| L’enfant réside à Laval : | Oui  Non |
| Le formulaire de référence Accueil-Analyse-Orientation-Référence (AAOR) complété est joint au présent formulaire | Oui  Non |
| *\* Le professionnel doit avoir répondu «oui» à toutes ces questions pour que la demande soit considérée admissible et complète. Le formulaire AAOR est disponible sur le site www.lavalensanté.com* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Antécédents familiaux** | |  |
| Y a-t-il des membres de la famille, proche ou plus éloignée… | | |
| Qui ont déjà bégayé, mais qui ne bégaient plus? | Oui Non | Si oui, lesquels? |
| Qui ont déjà bégayé et qui bégaient encore? | Oui Non | Si oui, lesquels? |
| Qui ont eu des problèmes de langage? | Oui Non | Si oui, lesquels? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Informations générales** | | |  |
| Dans quelle(s) langue(s) l’enfant communique-t-il avec ses parents? | | |  |
| Dans quelle(s) langue(s) l’enfant communique-t-il à l’école/milieu de garde? | | |  |
| L’enfant est-il en attente d’évaluation diagnostique ou a-t-il déjà reçu un diagnostic? | | | Oui  Non |
| Si oui, précisez : | | | |
| Si l’enfant est scolarisé, présente-t-il des problèmes d’apprentissage? | | | Oui  Non |
| Si oui, précisez : | | | |
|  | | | |
| 1. **Fluidité** |  | | |
| À quel âge ont été remarqués les premiers moments de bégaiement de l’enfant? | | | |
| Est-ce que l’enfant bégaie de la même façon maintenant qu’au début?  Oui  Non  Si non, précisez : | | | |
| Est-ce que le bégaiement de l’enfant est :  Constant  Variable (bonnes et mauvaises périodes) | | | |
| Quels sont les impacts du bégaiement actuellement les plus importants pour l’enfant? | | | |
| L’enfant semble-t-il forcer ou pousser en parlant? | | Oui  Non | |
| Lorsqu’il bégaie, observez-vous des grimaces, des mouvements du corps, de la tête, des yeux, des changements dans sa voix ou autres :  Oui  Non  Si oui, précisez : | | | |
| Sur une échelle de 0 à 9, comment jugez-vous la sévérité du bégaiement de l’enfant?  0 = aucun bégaiement  1 = bégaiement extrêmement léger  9 = bégaiement extrêmement sévère   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Pas de bégaiement | Extrêmement léger |  |  |  | Modéré |  |  |  | Extrêmement sévère | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Professionnel ayant complété le formulaire** |  |
| NOM, PRÉNOM | PROFESSION  Médecin  Orthophoniste |
| ÉTABLISSEMENT / PROGRAMME | ADRESSE |