|  |  |
| --- | --- |
|  Version électronique**Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble de spectre de l'autisme et déficience physique** | Demande de servicesBégaiement**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 [ ]  NonSi oui, précisez :       |
| Sur une échelle de 0 à 9, comment jugez-vous la sévérité du bégaiement de l’enfant?0 = aucun bégaiement1 = bégaiement extrêmement léger9 = bégaiement extrêmement sévère

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  0 | [ ]  1  | [ ]  2 | [ ]  3 | [ ]  4 | [ ]  5 | [ ]  6 | [ ]  7 | [ ]  8 | [ ]  9 |
| Pas de bégaiement  | Extrêmement léger |  |  |  | Modéré |  |  |  | Extrêmementsévère |

 |

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