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

|  |
| --- |
| **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 bredouillement**
 |
| L'enfant est âgé entre 5 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 parlent rapidement? | [ ]  Oui[ ]  Non | Si oui, lesquels?       |
| Qui bégaient? | [ ]  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 :       |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Fluidité**
 |  |
| À quel âge l’enfant a t’il commencé à parler rapidement ?       |
| Est-ce que le débit de la parole de l’enfant s’accélère soudainement ou lui arrive-t-il de parler en jets? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Est-ce que l’enfant parle toujours rapidement? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Est-ce que l’intensité de la voix de l’enfant baisse en fin de phrase?  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Est-ce que l’enfant fait tomber une partie de ses mots comme s’il avalait ses mots? Exemple : Hélicoptère devient cotère. | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Est-ce qu’on demande très souvent à l’enfant de répéter?  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Est-ce que l’enfant marmonne ou articule peu? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Est-ce que l’enfant est conscient de sa façon de parler? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Quels sont les impacts du bredouillement actuellement les plus importants pour l’enfant?      |
| Sur une échelle de 0 à 9, estimez à quel point l’enfant s’exprime de façon intelligible. *0 = On ne comprend rien**9 = On comprend tout ce qu’il dit*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  0 | [ ]  1 | [ ]  2 | [ ]  3 | [ ]  4 | [ ]  5 | [ ]  6 | [ ]  7 | [ ]  8 | [ ]  9 |
| On ne comprendrien  |  |  |  |  |  |  |  | On comprend tout  |

 |

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