|  |  |
| --- | --- |
| Version électronique  **Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble de spectre de l'autisme et déficience physique** | Demande de services  Bredouillement  **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  comprend  rien | |  |  |  |  |  |  |  | On comprend tout | | | |

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