

# COMPLÉMENT D'INFORMATION À LA DEMANDE DE SERVICES

## Programme déficience langage

### Clientèle bégaiement

Merci de compléter ce document et de le joindre à votre demande de services.

- Ce document doit être rempli pour un usager ayant des besoins en lien avec le bégaiement.
- Ce document doit être rempli par le référent, en collaboration avec le parent ou l'usager, selon l'âge.
- Ce document vise à clarifier les besoins en lien avec le bégaiement et ses impacts dans la vie de l'usager.

*Si une évaluation récente et complète en orthophonie documente les éléments suivants, il n'est pas nécessaire de compléter ce questionnaire. Si non, merci de compléter ce document et de le joindre à votre demande de services.*

#### Informations relatives à l'usager

Nom, Prénom :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

Numéro de dossier :

#### Informations relatives au référent

Nom, Prénom du référent :

Établissement :

Date (AAAA-MM-JJ) :

#### SECTION A : Informations sur le bégaiement

1. À quel âge l'usager a-t-il commencé à bégayer ?

2. Quel est l'âge de l'usager au moment de la référence ?

3. De façon générale, comment considérez-vous la sévérité du bégaiement de l'usager sur une échelle de 0 à 9 (0 étant la parole normale et 9 étant un bégaiement extrêmement sévère) ?

0            1            2            3            4            5            6            7            8            9

4. Est-ce que d'autres membres de la famille (proche ou éloignée) bégaiement ou ont déjà bégayé?

NON  OUI

#### SECTION B : Impacts du bégaiement dans la vie de l'usager

1. De quelles façons le bégaiement affecte-t-il le fonctionnement de l'usager dans sa vie de tous les jours ?

2. Est-ce que le bégaiement contribue à un bris de fonctionnement (ex. : isolement social, retrait du milieu scolaire, hospitalisation, etc.) dans un ou plusieurs milieux de vie de l'usager ?

NON  OUI (précisez) :

## COMPLÉMENT D'INFORMATION À LA DEMANDE DE SERVICES

### Programme déficience langage

### Clientèle bégaiement

*Merci de compléter ce document et de le joindre à votre demande de services.*

#### SECTION C : Autres besoins (Section à compléter pour les usagers de 3 à 8 ans)

*Cochez-le ou les énoncés qui correspondent au profil de l'utilisateur. Si vous constatez que plusieurs énoncés sont cochés, nous vous suggérons fortement d'effectuer des démarches pour qu'une évaluation complète en orthophonie soit réalisée. Veuillez noter qu'aucune évaluation du langage en orthophonie ne sera faite par notre équipe.*

Usager de 3 à 5 ans	Usager de 6 à 8 ans
<input type="checkbox"/> Est difficile à comprendre pour les étrangers (omet ou transforme des sons dans les mots)	<input type="checkbox"/> A de la difficulté à suivre les consignes en contexte de groupe
<input type="checkbox"/> A un vocabulaire limité	<input type="checkbox"/> A de la difficulté avec les notions de temps
<input type="checkbox"/> Utilise peu de marqueurs de la grammaire ou de façon inadéquate (ex. d'erreurs : temps verbaux, utilisation des pronoms «il-elle», erreur de genre des déterminants)	<input type="checkbox"/> Ne répond pas toujours adéquatement aux questions
<input type="checkbox"/> Participe peu à des échanges conversationnels (ex. : initier la conversation, maintenir les tours de parole)	<input type="checkbox"/> Utilise des phrases courtes seulement
<input type="checkbox"/> A des difficultés à raconter un événement	<input type="checkbox"/> Cherche ses mots
<input type="checkbox"/> Ne comprend pas les consignes incluant les notions d'espace	<input type="checkbox"/> Relate les faits de façon décousue
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à suivre des consignes longues	<input type="checkbox"/> A de la difficulté en lecture ou écriture
<input type="checkbox"/> A des difficultés à développer les prérequis à la lecture/écriture (ex. : nom des lettres, rimes, etc.)	<input type="checkbox"/> Autres difficultés :
<input type="checkbox"/> Autres difficultés :	

Suite à l'analyse des besoins de l'utilisateur, une référence en orthophonie pour une évaluation complète du langage a-t-elle été effectuée ?

NON  OUI (précisez le lieu et la date de référence) :

*Document inspiré de :*

- Les Centres d'orthophonie Desmarais, Landry et Ass. Quand consulter en orthophonie. Repéré à [http://www.ooaq.qc.ca/orthophonie/quand\\_consulter\\_en\\_orthophonie.pdf](http://www.ooaq.qc.ca/orthophonie/quand_consulter_en_orthophonie.pdf)
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2009). Je grandis et je communique. Repéré à [http://www.ooaq.qc.ca/orthophonie/Je\\_grandis\\_Je\\_communique\\_depliant.pdf](http://www.ooaq.qc.ca/orthophonie/Je_grandis_Je_communique_depliant.pdf)
- Wankoff, L. S. (2011). Warning Signs in the Development of Speech, Language, and Communication: When to Refer to a Speech-Language Pathologist. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(3), 175-184.