|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CISSS_Laval_N_B  Version électronique | | | | | | | | | | | | | | | | Service spécialisé en déficience physique  Bégaiement (BEG)  **ANNEXE A** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 1 – DOIT être complétée par un médecin ou une orthophoniste** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Identification de l’enfant** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM DE FAMILLE | | | | | | | | | | | PRÉNOM | | | | | | | | | DATE DE NAISSANCE | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Admissibilité au programme** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| L’enfant bégaie depuis moins de 6 mois | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | | | | | | |
| L’enfant à moins de 3 ans ou plus de 17 ans. | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | | | | | | |
| L’enfant présente une déficience intellectuelle. | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | | | | | | |
| L’enfant présente un trouble du spectre de l’autisme (TSA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | | | | | | |
| *\* Si vous avez répondu « oui » à une de ces questions, cet enfant n’est pas admissible au programme.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Antécédents familiaux** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Y a-t-il d’autres membres de la famille, proche ou plus éloignés : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 et quel est le lien de parenté avec l’enfant? | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Le langage** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pour les prochaines questions, s’il y a plusieurs langues parlées, les mettre en ordre d’importance.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quelle(s) langue(s) parle(nt) l’enfant : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| À la maison : | | Première : | | | | | | | | | | | Deuxième : | | | | | | | | | Troisième : | | |
| À l’école/ garderie? | | | | | | | Première : | | | | | | | | | | | | Deuxième : | | | | | |
| Quelle est sa langue dominante? | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Quelles langues sont parlées par les parents? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Première : | | | | | | | | | | | Deuxième : | | | | | | | | | Troisième : | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si l’enfant est scolarisé, présente-t-il des problèmes d’apprentissage** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | | | |
| Précisez s’il y a lieu : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. La 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) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L’enfant semble-t-il forcer ou pousser en parlant?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lorsqu’il bégaie, a-t-il des grimaces, des mouvements du corps, de la tête, des yeux, des changements dans sa voix ou autres :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| Si oui, précisez : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Comment jugez-vous la sévérité du bégaiement de l’enfant sur une échelle de 1 à 10 ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Choisissez le niveau de 1 à 10 avec le menu déroulant :* Choisissez un élément. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom de la personne ayant complété la section 1** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| NOM DU RÉFÉRENT | | | | | | | | | | | | | | | | PROFESSIONNEL | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Médecin  Orthophoniste | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT / PROGRAMME | | | | | | | | | | | | | | | | ADRESSE | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |