|  |  |
| --- | --- |
| CISSS_Laval_N_BVersion électronique | Service spécialisé en déficience physiqueBégaiement (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 |
|       |       |