|  |  |
| --- | --- |
| CISSS_Laval_N_B | Service spécialisé en déficience physiqueBégaiement (BEG)**ANNEXE A** |
|  |
| **SECTION 2 – DOIT être complétée par LE PARENT** |
|  |
| Les impacts des dysfluidités |  |
| **Est-ce que le bégaiement de votre enfant lui cause des difficultés à demander ce dont il a besoin?** |
| [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Rarement | [ ]  Parfois | [ ]  La plupart du temps | [ ]  Toujours |
| Si oui, précisez :  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Est-ce que son bégaiement vous cause des difficultés à comprendre ce qu’il vous dit?** |
| [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Rarement | [ ]  Parfois | [ ]  La plupart du temps | [ ]  Toujours |
| Si oui, précisez :  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Quand votre enfant bégaie, comment réagit-il?** |
| Est-ce qu’il continue sa phrase? | [ ]  Jamais | [ ]  Rarement | [ ]  Parfois | [ ]  La plupart du temps | [ ]  Toujours |
| Est-ce qu’il se fâche? | [ ]  Jamais | [ ]  Rarement | [ ]  Parfois  | [ ]  La plupart du temps | [ ]  Toujours |
| Est-ce qu’il arrête de parler? | [ ]  Jamais | [ ]  Rarement | [ ]  Parfois  | [ ]  La plupart du temps | [ ]  Toujours |
| Est-ce qu’il change de phrase? | [ ]  Jamais | [ ]  Rarement | [ ]  Parfois  | [ ]  La plupart du temps | [ ]  Toujours |
| Autre réaction :  |  |
|  |
|  |
|  |
| Si la réaction est problématique expliquez :  |  |
|  |
|  |
|  |
| **Est-ce que votre enfant évite de parler dans des situations à cause de son bégaiement?** |
| [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Rarement | [ ]  Parfois | [ ]  La plupart du temps | [ ]  Toujours |
| Si oui, précisez (où, quand, etc.) : |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Est-ce qu’il y a d’autres situations problématiques dont vous voudriez nous parler?**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Votre enfant se fait-il taquiner parce qu’il bégaie?**  | [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |
| **Votre enfant est-il conscient de son problème de fluidité?** | [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |
| La motivation |  |
| **À la demande de qui, faites-vous une demande de consultation à l’Hôpital juif de réadaptation pour le bégaiement de votre enfant?** |
| [ ]  Vous-même | [ ]  Votre jeune | Autre :  |
|  |
|  |
|  |
| **Comment coteriez-vous votre niveau de motivation à vous investir dans une thérapie en bégaiement, à participer et à appliquer le programme à domicile?** |
| *Encerclez le niveau de motivation :* 1 *(nul)* 2 3 4 5 *(très élevé)* |
|  |
| **Comment coteriez-vous le niveau de motivation de votre enfant à suivre une thérapie en bégaiement?** |
| *Encerclez le niveau de motivation :* 1 *(nul)* 2 3 4 5 *(très élevé)* |
|  |
| **Nom de la personne ayant complété la section 2** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Signature du parent |  | Date |  |
|  |