|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CISSS_Laval_N_B | | | | | | | | | | | | | | Service spécialisé en déficience physique  Bégaiement (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 | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |