

Questionnaire pour les adultes ayant des difficultés langagières

Voici un formulaire qui peut vous sembler long à remplir, mais qui vous permettra d'économiser du temps d'évaluation avec l'orthophoniste. L'information que vous y inscrirez est essentielle à la démarche d'évaluation et permet à l'orthophoniste de comprendre la nature de vos difficultés. Si vous le préférez, vous pouvez aussi le remplir avec votre orthophoniste au cours de la première séance d'évaluation.

INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom du client : _____ Âge : _____

Date de naissance : _____ Féminin Masculin

Adresse (no, rue, ville, code postal): _____

Téléphone pour vous rejoindre :

- à la maison : _____
- au travail : _____
- cellulaire : _____
- autre : _____

Courriel : _____

Origine ethnique : _____

Depuis quand demeurez-vous au Québec? _____

Quelle est votre langue maternelle? _____

Quelles autres langues utilisez-vous au quotidien? Spécifiez dans quel contexte (i.e. à la maison, au travail, entre amis, etc) et dans quelle modalité (i.e. à l'écrit et/ou à l'oral) : _____

INFORMATIONS SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE

Études complétées : _____

Étudiez vous présentement? Si oui, spécifiez votre domaine d'étude, le lieu et le niveau : _____

Occupez-vous un emploi actuellement? _____

Titre d'emploi : _____

Nombre d'heures/semaine : _____

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉVELOPPEMENT

Y a-t-il eu des complications lors de votre naissance (à l'accouchement)? Si oui, précisez : _____

Avez-vous eu des problèmes de santé à la naissance? Si oui, lesquels : _____

Avez-vous eu des difficultés au plan moteur en jeune âge? Si oui, précisez (ex : avoir marché plus tard, difficultés avec l'équilibre, difficultés à tenir crayon/ciseaux, etc) : _____

À votre connaissance, y a-t-il eu un retard ou des problématiques dans le développement de votre langage? Si oui, précisez (ex : premiers mots tardifs, lenteur à formuler les premières phrases, difficultés à comprendre le langage, difficultés à se faire comprendre, etc.) : _____

Avez-vous vécu des difficultés sur le plan scolaire? Dans quelles matières? Quelle était votre attitude face à vos difficultés scolaires? : _____

Avez-vous déjà repris une année scolaire? _____

Avez-vous déjà reçu de l'aide particulière (orthopédagogue, éducateur spécialisé, psychoéducateur, orthophoniste, psychologue)? Si oui, précisez (type d'aide, raison, diagnostic posé)? _____

Vous a-t-on déjà mentionné que vous aviez des difficultés avec les aspects suivants ou soupçonnez-vous des difficultés avec ces aspects?

attention oui non

mémoire oui non

apprentissage de nouvelles connaissances oui non

compréhension de consignes données individuellement et/ou en groupe oui non

compréhension dans le bruit oui non

INFORMATIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Avez-vous des problèmes de santé? Si oui, lesquels? _____

Prenez-vous des médicaments sur une base régulière? Lesquels et pourquoi? _____

Entendez-vous bien? oui non

Avez-vous passé un examen audiologique? oui non (Date : _____)

Voyez-vous bien? oui non

Avez-vous passé un examen visuel? oui non (Date : _____)

Portez-vous des lunettes? oui non

Portez-vous une prothèse auditive? oui non

INFORMATIONS SUR LES BESOINS DE LECTURE ET D'ÉCRITURE

Listez les activités dans lesquelles vous avez besoin de lire et d'écrire : _____

Quelles sont vos habitudes de lecture et d'écriture relatives à vos loisirs? _____

DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE

Décrivez vos difficultés relatives à la lecture : _____

Décrivez vos difficultés relatives à l'écriture : _____

Quelle est votre motivation à consulter en orthophonie? Quelles sont vos attentes par rapport à l'évaluation et au suivi? _____

INFORMATIONS SUR LA PERSONNALITÉ DU CLIENT ET SES INTÉRÊTS

Considérez-vous avoir un bon réseau social? oui non

Quels sont vos activités et intérêts au quotidien? _____

Décrivez vous un peu (caractère, forces, faiblesses) : _____

Combien de temps pouvez-vous rester concentré ou intéressé à une activité? _____

Quelle est votre tolérance face à vos difficultés de lecture et d'écriture? _____

Croyez-vous que vos difficultés ont un impact sur votre vie sociale? _____

Autres informations que vous aimeriez nous communiquer : _____

Questionnaire complété par _____ le _____
(NOM) (DATE)

_____, orthophoniste # Date : _____