



10 504, boulevard St-Laurent, local 1  
Montréal, H3L 2P4; 514.332.9593  
www.cliniquebeausoleil.com

## Questionnaire pour les adultes avec paralysie faciale

**IMPORTANT: Prenez note que nous avons besoin de vos résultats d'EMG (électromyographie). Veuillez avoir ces résultats avec vous lors de la rencontre prévue d'évaluation.**

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 des difficultés rencontrées.

<b>IDENTIFICATION</b>		
Nom du client :		Lieu de naissance :
Date de naissance :		Âge :
Adresse complète (avec code postal):		
# Tél. à la maison :	# Tél. au travail :	# Cell. :
Courriel :		
Comment avez-vous obtenu les coordonnées de notre bureau :		
<input type="checkbox"/> par le biais de l'Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec <input type="checkbox"/> par le biais d'un médecin: _____ <input type="checkbox"/> par le biais d'une orthophoniste : _____ <input type="checkbox"/> par le biais d'un dentiste/orthodontiste : _____ <input type="checkbox"/> par le biais d'une connaissance : _____ <input type="checkbox"/> autre : _____		
Personne ayant fourni les informations du présent questionnaire :		
<b>VOLET MÉDICAL</b>		
Consultations et traitements en ORL antérieurs <input type="checkbox"/> par Dr. :		
Date de la dernière consultation :		
Chirurgies ou traumatismes sphère ORL : (oui/non) Si oui, lesquels?		
Radiothérapie ou chimiothérapie par le passé? :		
Quand :		
Autres spécificités		

Consultations et traitements orthophoniques antérieurs <input type="checkbox"/> par : Motif et date : Durée et résultats :
Médication actuelle :
Infection des voies respiratoires supérieures (sinusites, laryngites, pharyngites, etc) :
Troubles otalgiques/Otites :
Audition selon le client : <input type="checkbox"/> Audiogramme <input type="checkbox"/> Date et résultats :
Douleurs orofaciales? Sensations altérées? Décrivez
Difficultés à l'alimentation (étouffements fréquents? Nausées) Décrivez
Troubles digestifs (maux de ventre, aérophagie, etc.) :
Santé psychologique et antécédents :
Problèmes hormonaux ou de la glande thyroïde : (oui/non) Si oui, lesquels?
Asthme/Maladies ou troubles respiratoires :
Problèmes cardiaques : (oui/non) Si oui, lesquels?
Antécédents neurologiques (ex. : AVC, Parkinson) : (oui/non) Si oui, lesquels?
Problèmes pulmonaires (MPOC) : (oui/non) Si oui, lesquels?
Toutes autres maladies graves, blessures, chirurgies :
Tabagisme actif?
<b>HISTOIRE PERSONNELLE FAMILIALE ET SOCIALE</b>
Quel métier exercez-vous?
Quels sont vos loisirs?
Habitez-vous seul? Si non, indiquez avec qui habitez-vous?
Quelles activités sociales aimez-vous réaliser? (soupers entre amis, restaurant, cinéma, etc.)
<b>VOLET DESCRIPTION DU PROBLÈME</b>
Décrivez dans vos mots le problème (quand cela a commencé, qui avez-vous consulté, les traitements subis, etc.).
<b>VOLET FONCTIONNEL</b>
Quelles difficultés remarquez-vous lorsque vous parlez?

Quelles difficultés remarquez-vous lorsque vous mangez?

Est-ce que vous avez développé des habitudes d'évitement? Êtes-vous plus réticents à rencontrer des gens? Décrivez.

## LA MOTIVATION

À la demande de qui avez-vous fait des démarches pour une consultation en orthophonie

Vous-même     Votre jeune     Autre :

Comment vous sentez vous à propos de la thérapie/entraînement en orthophonie?

-3 Extrême- ment négatif	-2 Très négatif	-1 Assez négatif	0 Neutre	1 Assez positif	2 Très positif	3 Extrême- ment positif
-----------------------------	-----------------------	------------------------	-------------	-----------------------	----------------------	----------------------------------

\_\_\_\_\_, orthophoniste #

Date : \_\_\_\_\_