



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

## Questionnaire pour adultes avec troubles de voix

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. :		
Motif et date :		
Consultations et traitements orthophoniques antérieurs <input type="checkbox"/> par :		
Motif et date :		
Durée et résultats :		
Allergies :		
Traitement de désensibilisation :		Quand :
Résultats :		
Asthme/Maladies ou troubles respiratoires :		
Infection des voies respiratoires supérieures :		
Rhumes fréquents <input type="checkbox"/>	Sinusites <input type="checkbox"/>	Amygdalites <input type="checkbox"/>
Pharyngites <input type="checkbox"/>	Laryngites <input type="checkbox"/>	



S'agit-il d'un début progressif ou soudain?

Décrivez votre voix avant le problème :

Ressentez-vous des symptômes au niveau de la gorge (sècheresse, sécrétions, toux)? OUI / NON

Si oui, lesquelles :

## VOLET HYGIÈNE VOCALE

Vous hydratez-vous beaucoup? OUI / NON

Combien de verres de liquide buvez-vous par jour (excluant le café et le thé)?

Vous arrive-t-il souvent de vous racler la gorge?

Consommez-vous régulièrement des aliments considérés «irritants» pour la gorge : aliments épicés, café, vins/alcool, aliments acides (sauce tomate)? OUI / NON

Si oui, à quelle fréquence? (pour chaque type d'aliments, inscrire le nombre de fois/semaine) :

Êtes vous régulièrement exposé à de l'air ambiant sec? OUI / NON

Expliquez :

Vous arrive-t-il souvent de parler :

En groupe? OUI / NON      Dans les milieux bruyants? OUI / NON      Au téléphone? OUI / NON

Êtes vous régulièrement exposé à des produits chimiques/irritants (produits aérosols, peinture ou solvant, etc)? OUI / NON

## LA MOTIVATION

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

Vous-même       Autre :

Comment vous sentez vous à propos de la thérapie/entraînement vocal ?

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

Encercler le chiffre qui correspond au degré d'importance de la voix dans votre vie :

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

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

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

