



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

Questionnaire pour enfants avec trouble 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 de l'enfant.

IDENTIFICATION		
Nom du client :	Lieu de naissance :	
Date de naissance :	Âge :	
Nom et prénom de la mère :		
Nom et prénom du père :		
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 :		
HISTOIRE FAMILIALE ET SOCIALE		
Avec qui le jeune demeure-t-il?		
Décrivez le climat de la relation entre les parents :		
Origine de la mère :	Origine du père :	
Depuis combien de temps demeurez-vous au Québec?	Mère :	Père :
Quel est l'emploi de la mère?	Quel est l'emploi du père?	
Décrivez la relation du jeune avec les parents :		

Troubles de voix connus dans la famille? OUI _____ NON _____ Si oui : qui? _____			
Frères et sœurs :			
Nom	Âge	Genre	Même parents d'origine
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quelles sont les langues parlées à la maison? Quelle langue est prédominante?			
Quelles sont les langues parlées à la garderie ou l'école?			
L'horaire du jeune est-il :		<input type="checkbox"/> Libre?	<input type="checkbox"/> Chargé?
L'horaire des parents est-il :		<input type="checkbox"/> Libre?	<input type="checkbox"/> Chargé?
Le climat à la maison est-il : <input type="checkbox"/> le plus souvent sous pression? <input type="checkbox"/> le plus souvent détendu? <input type="checkbox"/> variable?			
Quel est le tempérament de votre jeune?			
<input type="checkbox"/> solitaire	<input type="checkbox"/> timide	<input type="checkbox"/> sociable	<input type="checkbox"/> intellectuel
<input type="checkbox"/> hyperactif	<input type="checkbox"/> calme	<input type="checkbox"/> confiant	<input type="checkbox"/> agressif
<input type="checkbox"/> entêté	<input type="checkbox"/> facilement frustré	<input type="checkbox"/> persévérant	<input type="checkbox"/> distrait
<input type="checkbox"/> sensible	<input type="checkbox"/> enjoué	<input type="checkbox"/> se fatigue vite	<input type="checkbox"/> faible estime
<input type="checkbox"/> hypersensible	<input type="checkbox"/> exigeant envers lui-même	<input type="checkbox"/> anxieux/inquiet	<input type="checkbox"/> difficulté avec changements
			<input type="checkbox"/> _____
VOLET ORTHODONTIQUE			
Description du problème selon le client/ses parents :			
Compréhension des conséquences :			
Autres personnes dans la famille présentant se problème :			
Suivi par le Dr. :		Depuis :	
Description des traitements orthodontiques jusqu'à ce jour :			
Description des traitements orthodontiques à venir :			
Date du dernier rendez-vous orthodontique :		Prochain rendez-vous :	
VOLET MÉDICAL			
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"/>	
Troubles otalgiques/Otites :		
Audition selon le client :		Audiogramme <input type="checkbox"/> Date et résultats :
Toutes autres maladies graves, blessures, chirurgies :		
Troubles digestifs (maux de ventre, aérophagie, etc.) :		
Douleurs orofaciales <input type="checkbox"/>		
Maux de tête et fréquence <input type="checkbox"/>		
Dents sensibles/ chambranlantes <input type="checkbox"/>		
Médication actuelle :		
VOLET DÉVELOPPEMENTAL		
Développement du langage :		
Développement moteur :		
Santé psychologique et antécédents :		
Alimentation → Qualifiez la progression des liquides aux solides :		
École :		Niveau scolaire :
Comment cela se passe-t-il sur le plan des apprentissages ?		
Difficultés :		
Autres particularités :		
VOLET UTILISATION VOCALE		
Votre enfant est-il considéré comme un enfant «qui parle beaucoup»? OUI / NON		
Votre enfant est-il considéré comme un enfant «qui parle fort»? OUI / NON		

Avez-vous remarqué s'il crie ou pleure beaucoup? OUI / NON

Si oui, dans quel contexte?

Est-ce que votre enfant a des loisirs où il utilise sa voix (par ex : cours de chant, chorale, activités sportives en groupe, etc.)

VOLET DESCRIPTION DU PROBLÈME

Décrivez dans vos mots le problème tel que vous le percevez :

Quand cela a-t-il commencé?

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

Décrivez la voix de votre enfant :

VOLET HYGIÈNE VOCALE

Votre enfant d'hydrate-t-il beaucoup? OUI / NON Combien de verre de liquide boit-il par jour?

Votre enfant se racle-t-il souvent la gorge?

VOLET RESPIRATOIRE

Habitudes respiratoires de jour:

par la bouche

par le nez

mixte

Habitudes respiratoires de nuit:

par la bouche

par le nez

mixte

Ronflement

Contraction ou élévation importante de la cage thoracique

Pauses respiratoires ou tout autre signe du Syndrome d'Hypopnée et d'Apnée Obstructive du Sommeil (SHAOS) (ex. : fatigue chronique, hyperactivité, etc.) :

Habilité à se moucher :

Efficacité :

VOLET ALIMENTAIRE

Difficulté à mastiquer

Boit beaucoup en mangeant

Consommation de gomme

Difficulté à avaler des pilules

VOLET HABITUDES ORALES

Allaitement Durée :

Usage d'une suce Durée :

Usage d'un biberon Durée :

Usage d'un verre à bec Durée :

SUCCION (POUCE, DOIGTS, JOUES, OBJETS, VÊTEMENTS, LÈVRE SUPÉRIEURE OU INFÉRIEURE, LANGUE, ETC.)

Durée :

Fréquence :

Intensité :

Éléments stressseurs :

Sentiments associés :

LÉCHER LES LÈVRES

Durée :

Fréquence :

Intensité :

MORDILLER LES LÈVRES, JOUES, OBJETS **UNILATÉRALEMENT G** **D** **BILATÉRALEMENT**

Durée :

Fréquence :

Intensité :

ONYCHOPHAGIE (RONGER SES ONGLES)

Durée :

Fréquence :

Intensité :

CLAQUEMENTS DES DENTS/BRUXISME

Durée :

Fréquence :

Intensité :

PRESSIONS EXTERNES SUR LA MANDIBULE (MÂCHOIRE INFÉRIEURE)

OU SUR LE MAXILLAIRE (MÂCHOIRE SUPÉRIEURE)

Durée :

Fréquence :

Intensité :

Questionnaire inspiré de celui d'Annie Bertrand M. Sc. (A), S-LP(c) & Mireille Delisle M.O.A.,
Orthophonistes, Mai 2010

LA MOTIVATION

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

Vous-même Votre jeune Autre :

Comment coteriez-vous votre niveau de motivation à vous investir dans une thérapie, à participer, à vous impliquer?

intense moyen faible nul

Comment coteriez-vous le niveau de motivation de votre jeune à participer à une thérapie en orthophonie?

intense moyen faible nul

_____, orthophoniste #

Date : _____