

Questionnaire pour les adolescents qui bégaient

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. Svp, remplir ce questionnaire avec votre jeune.

IDENTIFICATION		
Nom du jeune :	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 CPE ou d'une garderie <input type="checkbox"/> par le biais d'une connaissance <input type="checkbox"/> autre _____		
Personnes ayant fourni les informations du présent questionnaire :		
ÉCOLE		
Nom de l'école :	Professeur :	
# Tél. :	Niveau :	
Comment cela se passe-t-il au niveau de la communication?		
Comment cela se passe-t-il au niveau des apprentissages?		
Comment cela se passe-t-il au niveau du comportement et des relations avec les autres?		

HISTOIRE MÉDICALE

Comment s'est déroulée la grossesse?

Comment s'est déroulé l'accouchement?

APGAR : ____/____/____

Votre jeune a-t-il déjà été malade, hospitalisé ou opéré?

Si oui, quand?

Pour quelle(s) raison(s)?

Quels ont été les résultats?

Quel est son état de santé actuel?

A-t-il déjà passé un test d'audition?

Quand?

Résultats?

Où?

Sa vue est-elle bonne?

Prend-il des médicaments?

Lesquels et pourquoi?

Comment se passe l'heure du coucher?

Comment se passe la nuit?

Heure du coucher : _____ Heure du réveil : _____ Heures moyennes de sommeil par nuit : _____

Veillez décrire son niveau d'attention/concentration :

Avez-vous autre chose à ajouter sur sa condition physique? (alimentation, hyperactivité, etc.)

DÉVELOPPEMENT MOTEUR

Le développement moteur (marche, équilibre, habiletés, coordination, etc.) a-t-il été :

normal?

rapide?

lent?

en retard?

A quel âge votre jeune a-t-il marché?

Votre jeune est-il droitier, gaucher ou sans préférence manuelle?

Commentez la coordination motrice de votre jeune :

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 :

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	
Décrivez la relation du jeune avec ses frères et sœurs :				
Y a-t-il présence de compétition entre certains membres de la famille?				
Y a-t-il d'autres personnes significatives dans la vie du jeune?				
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"/> actif
<input type="checkbox"/> hyperactif	<input type="checkbox"/> calme	<input type="checkbox"/> confiant	<input type="checkbox"/> agressif	<input type="checkbox"/> impulsif
<input type="checkbox"/> entêté	<input type="checkbox"/> facilement frustré	<input type="checkbox"/> persévérant	<input type="checkbox"/> distrait	<input type="checkbox"/> inattentif
<input type="checkbox"/> sensible	<input type="checkbox"/> enjoué	<input type="checkbox"/> se fatigue vite	<input type="checkbox"/> faible estime	<input type="checkbox"/> difficulté avec changements
<input type="checkbox"/> hypersensible	<input type="checkbox"/> exigeant envers lui-même	<input type="checkbox"/> anxieux/inquiet	<input type="checkbox"/> _____	
Quels sont ses activités et jeux préférés?				
Qu'est-ce qui l'intéresse peu ou pas du tout?				
Pour votre jeune, attendre son tour (jeu, parole, etc.) est-il: <input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> difficile?				
Commentez :				
Comment décririez-vous le comportement de votre jeune?				
Comment gérez-vous les comportements problématiques? <input type="checkbox"/> facilement <input type="checkbox"/> difficilement				
Commentez :				
Jusqu'à quel point vous et votre conjoint gérez-vous le comportement de la même manière?				
_____	_____	_____	_____	_____
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
(pas du tout)				(parfaitement)
Commentez :				
Autres informations pertinentes?				

LANGAGE

ÉMERGENCE DU LANGAGE

Le développement du langage de votre jeune a-t-il été :

- normal? rapide? en retard?

Précisez s'il y a lieu :

Veuillez indiquer l'âge où votre jeune a dit:

Ses premiers mots :

Ses premières combinaisons de mots :

A-t-il déjà été suivi pour un problème de langage autre que celui du bégaiement? oui non

Quel problème? Quand? Par qui?

Résultats :

ACTUELLEMENT

Votre jeune peut-il établir un contact visuel? oui non

Votre jeune parle : peu normalement beaucoup

► Actuellement votre jeune prononce-t-il clairement les sons et les mots? oui non

Sinon, précisez :

Son vocabulaire vous paraît: normal ? pauvre? riche?

Précisez :

La construction de ses phrases vous semble-t-elle : normale? lacunaire?

Précisez

Est-ce que votre jeune semble chercher ses mots et /ou ses idées? oui non

Est-ce que votre jeune organise bien les idées de son discours? oui non

Votre jeune est compris par :

- sa mère? son père? les personnes familières? les étrangers?

Votre jeune peut comprendre :

- des mots isolés? des phrases courtes? des phrases complexes? une conversation?

LA FLUIDITÉ

ÉMERGENCE DU BÉGALEMENT

► Depuis quand le bégaiement est-il présent? moins de 6 mois 6 mois à 12 mois plus de 12 mois

Qui l'a remarqué pour la première fois?

Donnez des exemples de la façon dont il bégayait au début :

- Il répétait des mots, ex. : mais-mais-mais
 Il répétait des parties de mots, ex. : m-m-mais
 Il allongeait des sons, ex. : mmmmmmais
 Il bloquait sur un son et rien ne sortait, ex. :papa

Est-ce que votre jeune a commencé à bégayer : de façon graduelle? de façon soudaine?

Pour quelle(s) raison(s) croyez-vous que votre jeune a commencé à bégayer? Y a-t-il un événement particulier associé?

ACTUELLEMENT

► Veuillez décrire l'évolution de la fluidité depuis l'apparition : mieux stable pire

Expliquez:

Que fait votre jeune lorsqu'il bégaie :

- Il répète des mots, ex. : mais-mais-mais
 Il répète des parties de mots, ex. : m-m-mais
 Il allonge des sons, ex. : mmmmmmais
 Il bloque sur un son et rien ne sort, ex. :papa

Est-ce que le bégaiement de votre jeune est:

- constant? variable? (bonnes et mauvaises périodes)

Si votre jeune est exposé à plus d'une langue, bégaie-t-il de la même façon dans chacune des langues?

- oui non Commentaires :

Est-ce que votre jeune bégaie :

- Au début des phrases seulement?
 Un peu partout dans la phrase et dans la conversation?

Votre jeune semble-t-il "forcer" ou "pousser" en parlant? oui non

Lorsqu'il bégaie, remarquez-vous des grimaces, des mouvements du corps, de la tête, des yeux, des changements dans sa voix ou autres? oui non

Si oui, précisez:

Présentement, votre jeune arrive-t-il à :

- Dire son nom? Répondre à une question? Expliquer?
 Demander quelque chose? Faire une blague? Téléphoner?
 Poser une question? Raconter ? Converser?

Votre jeune évite-t-il de parler dans certaines situations? oui non

Si oui, précisez:

Change-t-il ses mots à cause de son bégaiement? oui non

Si oui, précisez:

Votre jeune se fait-il taquiner parce qu'il bégaie? oui non

► Votre jeune est-il conscient de son problème de fluidité? oui non

Comment réagit-il quand il bégaie? Pensez-vous que cela le dérange ou l'inquiète?

Qu'est-ce que le fait de ne plus bégayer ou de moins bégayer changerait pour votre jeune?

Comment vous sentez-vous quand votre jeune hésite ou bégaie? (anxieux ?, frustré ?, surpris ?, coupable ?, autres, etc.)

Sur une échelle de 1 à 10, où situez-vous votre niveau d'inquiétude?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas inquiet du tout) (très inquiet)

Comment considérez-vous la sévérité du bégaiement de votre jeune sur une échelle de 1 à 10?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(fluidité normale) (bégaiement très sévère)

Avez-vous déjà parlé du bégaiement avec votre jeune?

INTERVENTIONS ANTÉRIEURES

Avez-vous essayé d'aider vous-même votre jeune? oui non

Si oui, qu'avez-vous fait et quels en ont été les résultats?

Votre jeune a-t-il déjà été suivi pour son bégaiement? oui non

Si oui, précisez :

Quand?

Intervenant :

Type de traitement :

Résultats :

FACTEURS PERSONNELS ET ENVIRONNEMENTAUX

▶ ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Y a-t-il d'autres membres de la famille, proche ou plus éloignée:

qui ont déjà bégayé mais qui ne bégaièrent plus? oui non

Si oui, lesquels:

qui bégaièrent encore? oui non

Si oui, lesquels:

Y a-t-il d'autres membres de la famille qui ont eu d'autres sortes de problèmes de communication? oui non

Si oui, lesquels et quel est le lien de parenté avec l'jeune?

ATTITUDES COMMUNICATIVES

Décrivez la vitesse de parole des parents en général? lente modérée rapide

Celle de votre jeune? lente modérée rapide

Et celle des frères et soeurs? lente modérée rapide

Dans la famille et dans l'entourage de l'jeune, est-ce que chacun parle à son tour ou est-ce qu'on se coupe souvent la parole?

AUTRES FACTEURS D'INFLUENCE

Quels sont les autres facteurs qui semblent augmenter ou diminuer le bégaiement de votre jeune?

Concernant le comportement ainsi que les résultats scolaires de votre jeune, vous considérez-vous comme un parent: très exigeant? moyennement exigeant? peu ou pas exigeant?

Précisez :

En est-il de même pour votre conjoint(e)?

Considérez-vous que votre jeune est envers lui-même:

très exigeant? moyennement exigeant? peu exigeant?

Précisez :

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 en bégaiement, à participer, à vous impliquer?

intense moyen faible nul

Comment coteriez-vous le niveau de motivation de votre jeune à suivre une thérapie en bégaiement?

intense moyen faible nul

_____, orthophoniste #

Date : _____