



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

Questionnaire pour les adultes 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.

IDENTIFICATION		
Nom du client :	Date de naissance :	
Âge :	Lieu de naissance :	
Origines de votre famille :	Depuis quand demeurez-vous au Québec :	
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 _____		
HISTOIRE SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE		
Études complétées :		
Établissement fréquenté actuellement::		
Programme :	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 des relations avec les autres?		
Occupez-vous un emploi actuellement? Lequel?		

Comment cela se passe-t-il au niveau de la communication?

Y a-t-il des tâches difficiles à réaliser à cause du bégaiement? Lesquelles?

HISTOIRE MÉDICALE

Comment se sont déroulés la grossesse et l'accouchement de votre mère?

Notez les informations importantes concernant votre santé lorsque vous étiez enfant.

Quel est votre état de santé actuel?

Prenez-vous des médicaments?

Lesquels et pourquoi?

Avez-vous autre chose à ajouter sur votre condition physique? (sommeil, alimentation, attention, concentration, vue, ouïe, etc.)

DÉVELOPPEMENT MOTEUR

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

normal?

rapide?

lent?

en retard?

A quel âge avez-vous marché?

Êtes-vous droitier, gaucher ou sans préférence manuelle?

HISTOIRE FAMILIALE ET SOCIALE

Vous demeurez :

à la maison familiale?

seul?

en couple?

autre : _____?

Quel est votre emploi?

Temps plein ou temps partiel?

Avez-vous des enfants (veuillez préciser leur âge)?

Y a-t-il présence de compétition entre vous et certains membres de votre famille ou de votre entourage?

Quelles sont les langues parlées à la maison?

Quelle langue est prédominante?

Quelles sont les langues parlées à l'école ou au travail?

Le climat à domicile est-il : le plus souvent sous pression? le plus souvent détendu? variable?

Décrivez votre tempérament :

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <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 soi-même | <input type="checkbox"/> anxieux/inquiet | <input type="checkbox"/> _____ | |

Quelles sont vos activités préférées?

Qu'est-ce qui vous intéresse peu ou pas du tout?

Autres informations pertinentes?

LANGAGE

ÉMERGENCE DU LANGAGE

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

- normal? rapide? en retard?

Précisez s'il y a lieu :

Veillez indiquer l'âge auquel vous avez dit:

vos premiers mots? :

vos premières combinaisons de mots? :

Avez-vous déjà été suivi pour un problème de langage autre que le bégaiement? oui non

Quel problème? Quand? Par qui?

Résultats :

ACTUELLEMENT

Avez-vous des difficultés langagières (production de sons, construction de phrases, vocabulaire, compréhension, etc.)
présentement? oui non

Précisez SVP :

Est-ce que vous avez l'impression de chercher vos mots et /ou idées? oui non

Avez-vous de la difficulté à organiser les idées de votre discours? oui non

LA FLUIDITÉ

ÉMERGENCE DU BÉGAIEMENT

A quel âge a-t-on remarqué vos premiers moments de bégaiement?

Qui les a remarqués pour la première fois?

Donnez des exemples de la façon dont vous bégayiez au début :

Avez-vous commencé à bégayer : de façon graduelle? de façon soudaine?

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

ACTUELLEMENT

Est-ce que vous bégayez de la même façon maintenant qu'au début? oui non Sinon, expliquez:

Est-ce que votre bégaiement est:

constant? variable? (bonnes et mauvaises périodes)

Si vous utilisez plus d'une langue, bégayez-vous de la même façon dans chacune des langues?

oui non Commentaires :

Bégayez-vous :

Au début des phrases seulement?

Un peu partout dans la phrase et dans la conversation?

Est-ce que vous "forcer" ou "pousser" en parlant? oui non

Remarquez-vous des grimaces, des mouvements du corps, de la tête, des yeux, des changements de voix ou autres?

oui non

Si oui, précisez:

Présentement, arrivez-vous à :

Dire votre nom?

Répondre à une question?

Expliquer?

Demander quelque chose?

Faire une blague?

Téléphoner?

Poser une question?

Raconter ?

Converser?

Évitez-vous de parler dans certaines situations? oui non

Si oui, précisez:

Changez-vous vos mots à cause du bégaiement? oui non

Si oui, précisez:

Vous êtes-vous déjà fait taquiner à cause du bégaiement? oui non

Précisez SVP :

Comment avez-vous réagi?

Qu'est-ce que le fait de ne plus bégayer changerait dans votre vie?

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(fluidité normale)

(bégaiement très sévère)

Donnez des exemples de la façon dont vous bégayez maintenant.

INTERVENTIONS ANTÉRIEURES

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de bégayer par vous-même? oui non

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

Avez-vous déjà été suivi pour votre 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 votre 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 votre famille qui ont eu d'autres sortes de problèmes de communication? oui non

Si oui, lesquels et quel est leur lien de parenté avec vous?

ATTITUDES COMMUNICATIVES

Décrivez la vitesse de votre parole? lente modérée rapide

Celle de votre entourage? lente modérée rapide

Dans votre entourage, 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 votre bégaiement?

Considérez-vous que par rapport à votre rendement vous êtes:

très exigeant? moyennement exigeant? peu ou pas exigeant?

Précisez :

LA MOTIVATION

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

Vous-même Vos parents Votre conjoint(e) Autre :

Comment coteriez-vous votre niveau de motivation à vous investir dans une thérapie orthophonique?

intense moyen faible nul

_____, orthophoniste #

Date : _____