

## Questionnaire pour les adolescents ayant des difficultés langagières

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 du client. Si vous le préférez, vous pouvez aussi le remplir avec votre orthophoniste au cours de la première séance d'évaluation. Quoiqu'il en soit, assurez-vous de le remplir avec votre adolescent.

### INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom du client : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Féminin  Masculin

Adresse (no, rue, ville, code postal): \_\_\_\_\_

Téléphone :

- à la maison : \_\_\_\_\_

- cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Origine ethnique : \_\_\_\_\_

Demeure au Québec depuis quand? \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Nom du père : \_\_\_\_\_

Adresse et téléphone si différent du client : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité : \_\_\_\_\_

Emploi : \_\_\_\_\_

A-t-il vécu des difficultés sur le plan du langage ou des apprentissages scolaires lorsqu'il était enfant? Si oui, spécifiez: \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse et téléphone si différent du client : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité : \_\_\_\_\_

Emploi : \_\_\_\_\_

A-t-elle vécu des difficultés sur le plan du langage ou des apprentissages scolaires lorsqu'elle était enfant? Si oui, spécifiez: \_\_\_\_\_

Les parents sont-ils séparés? Si oui, depuis quand? \_\_\_\_\_

Qui a la garde du jeune? \_\_\_\_\_

Listez le nom et l'âge des frères et sœurs du client : \_\_\_\_\_

Est-ce que d'autres membres de la famille ont vécu des difficultés sur le plan du langage ou des apprentissages scolaires lorsqu'ils étaient enfant? Si oui, spécifiez: \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu des changements majeurs dans la famille durant la dernière année (séparation, accident, décès, déménagement, naissance, ...)? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### DIFFICULTÉS LANGAGIÈRES ET RAISONS DE LA CONSULTATION

Votre jeune a-t-il le goût de communiquer? \_\_\_\_\_

Comprend-il bien ce que vous lui dites ? \_\_\_\_\_

Pour communiquer il utilise principalement :

des gestes :  des phrases courtes :

des mots isolés :  des phrases longues :

des combinaisons de mots :

Comprenez-vous toujours ce qu'il vous dit? \_\_\_\_\_

Est-il compris par les étrangers? \_\_\_\_\_

Comment réagit-il lorsqu'il n'est pas compris? \_\_\_\_\_

A-t-il de la difficulté à prononcer certains sons? Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Quelles sont vos inquiétudes par rapport à sa communication et vos attentes par rapport à l'orthophonie?

### INFORMATIONS SUR LA NAISSANCE DU CLIENT

La mère a-t-elle eu des problèmes de santé durant la grossesse? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

La mère a-t-elle pris des médicaments durant la grossesse? Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Le jeune est né à \_\_\_\_\_ semaines de grossesse.

Y a-t-il eu des complications à l'accouchement? Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Poids du client à la naissance : \_\_\_\_\_ APGAR : \_\_\_\_\_

Le client a-t-il eu des problèmes de santé à la naissance Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DU CLIENT

Votre jeune a-t-il des problèmes de santé? Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Prend-il des médicaments sur une base régulière? Lesquels et pourquoi? \_\_\_\_\_

Votre jeune a-t-il fréquemment les maladies suivantes (présentement ou en jeune âge):

Environ combien de fois par année?

Otites oui  non  \_\_\_\_\_ par année

Amygdalites oui  non  \_\_\_\_\_ par année

Infections des voies respiratoires supérieures (rhume, sinusites, ...) oui  non  \_\_\_\_\_ par année

Votre jeune entend-il bien? oui  non

A-t-il passé un examen audiolologique? oui  non

Votre jeune voit-il bien? oui  non

A-t-il passé un examen visuel? oui  non

Porte-t-il des lunettes? oui  non

Porte-t-il une prothèse auditive? oui  non

A-t-il été opéré aux: Adénoïdes (végétations) : oui  non  (Date : \_\_\_\_\_)

Amygdales : oui  non  (Date : \_\_\_\_\_)

Tympan (tubes) : oui  non  (Date : \_\_\_\_\_)

A-t-il déjà été hospitalisé? Si oui, pourquoi et combien de temps? \_\_\_\_\_

A-t-il des allergies? Si oui lesquelles? \_\_\_\_\_

Décrivez ses habitudes de sommeil :

Consulte-t-il, ou a-t-il déjà consulté un autre spécialiste (médecin, médecin spécialiste, psychologue, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste etc.)? Si oui, lesquels et pourquoi? \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT MOTEUR

À quel âge approximatif s'est-il assis? \_\_\_\_\_

À quel âge approximatif a-t-il marché? \_\_\_\_\_

À quel âge approximatif a-t-il été propre de jour? \_\_\_\_\_

À quel âge approximatif a-t-il a été propre la nuit? \_\_\_\_\_

Éprouve-t-il des difficultés de motricité globale (marcher, courir, sauter, etc.)? Si oui, décrivez : \_\_\_\_\_

Éprouve-t-il des difficultés de motricité fine (manipuler les petits objets, tenir les ustensiles, tenir un crayon)? Si oui décrivez : \_\_\_\_\_

A-t-il des problèmes d'équilibre? oui  non

## INFORMATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT LANGAGIER

À quel âge a-t-il dit ses premiers mots? \_\_\_\_\_ Quels étaient-ils? \_\_\_\_\_

À quel âge a-t-il dit deux mots de suite (ex : encore jus)? \_\_\_\_\_

À quel âge a-t-il fait ses premières phrases? \_\_\_\_\_

Quelle est la langue maternelle du client? \_\_\_\_\_

Est-il exposé à une ou d'autres langues? Si oui, précisez lesquelles, dans quels contextes et depuis quand :

\_\_\_\_\_

Quelles langues peut-il comprendre? \_\_\_\_\_

Quelles langues peut-il utiliser pour s'exprimer? \_\_\_\_\_

Quelle langue maîtrise-t-il le mieux? \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LE MILIEU SCOLAIRE

Niveau scolaire actuel : \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Votre jeune fréquente-t-il ou a-t-il déjà fréquenté une classe spéciale (classe de langage, classe d'accueil, classe pour jeunes ayant des problèmes de comportement, etc.)?

\_\_\_\_\_

A-t-il déjà repris une année scolaire :    oui  non

Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

Reçoit-il de l'aide particulière à l'école (orthopédagogue, éducateur spécialisé, psychoéducateur, orthophoniste, psychologue)? Si oui, précisez (type d'aide, raison, depuis quand, à quelle fréquence)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A-t-il des difficultés sur le plan académique? Depuis quand? Quelle est la nature des difficultés? Les difficultés ont-elles évolué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous des inquiétudes ou le jeune éprouve-t-il des difficultés pour les aspects suivants?

attention oui  non

mémoire oui  non

apprentissage de nouvelles connaissances oui  non

compréhension de consignes données individuellement et/ou en groupe oui  non

compréhension dans le bruit oui  non

