



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

## Questionnaire pour les adultes ayant un trouble orofacial myofonctionnel

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.

<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>HISTOIRE SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE</b>		
Études complétées :		
Établissement fréquenté actuellement::		
Programme :	Niveau :	
Occupez-vous un emploi actuellement? Lequel?		
<b>VOLET ORTHODONTIQUE</b>		
Description du problème selon le client:		
Compréhension des conséquences :		

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 :
<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 : Résultats :	
Quand :	
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 :	
<b>VOLET DÉVELOPPEMENTAL</b>	
Développement du langage :	
Développement moteur :	
Santé psychologique et antécédents :	
Alimentation → Qualifiez la progression des liquides aux solides :	
Difficultés scolaires :	
Autres particularités :	

## 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 stressants :

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 :

## LA MOTIVATION

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

Vous-même     Votre conjoint     Autre :

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

intense     moyen     faible     nul

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

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