



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

Questionnaire pour les jeunes 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 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 :		

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 RESPIRATOIRE		
Habitudes respiratoires de jour:		
<input type="checkbox"/> par la bouche	<input type="checkbox"/> par le nez	<input type="checkbox"/> mixte
Habitudes respiratoires de nuit:		
<input type="checkbox"/> par la bouche	<input type="checkbox"/> par le nez	<input type="checkbox"/> mixte
Ronflement <input type="checkbox"/>	Contraction ou élévation importante de la cage thoracique <input type="checkbox"/>	
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 ALIMENTAIREDifficulté 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 de 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 : _____