

Exprime-toi! Camp de bégaiement pour les jeunes – Formulaire d’inscription

Dates du programme: le 12-16 juillet 2021 – 9h00 à 15h30 quotidiennement

Location: Clinique interprofessionnelle au Perley Rideau
1750 ch. Russell, Ottawa ON, K1G 5Z6

Référé par: _____ Fournisseur de soins primaires **Numéro de facturation/licence:** _____
Nom Orthophoniste

Adresse _____
Rue / Cité / Province / Code postale

Téléphone _____ Télécopieur _____ Date _____
Signature

Nom du client : _____ D.D.N. _____ Âge _____ Sexe M F
Autre _____
jj/mm/aaaa

Adresse _____
Rue/Cité/Province/Code postale

Adresse postale _____
(Si différent de ci-dessus)

Information sur la Parole, Langage, Fluidité et Bégaiement

Questions 1 à 15 à compléter par orthophoniste ou le fournisseur de soins primaires référent.

1. Qu’est-ce qui vous a incité à inscrire l’enfant au camp? _____
2. Décrivez la difficulté d’élocution de l’enfant (veuillez mentionner tous les domaines de préoccupation). _____
3. À quel âge l’enfant a-t-il commencé à bégayer? _____
4. Comment le langage de l’enfant a-t-il changé depuis ce moment-là? _____
5. Qu’est-ce qui semble aider l’enfant lorsqu’il bégaie? _____

6. L'enfant a-t-il déjà manifesté:

- Sensibilisation au bégaiement Tension physique pendant le bégaiement
 Frustration de parler Se plaint de ne pas pouvoir parler

7. Décrire _____

8. L'enfant a-t-il déjà été taquiné à cause de son bégaiement? Oui Non

Décrire _____

9. L'enfant vous a-t-il déjà parlé de ses difficultés à parler? Oui Non

Décrire _____

10. Y a-t-il des antécédents de bégaiement dans la famille? _____

Est-ce que des parents, des frères ou des sœurs de l'enfant bégaiant? _____

Quelqu'un du côté de la mère de l'enfant? _____ Quelqu'un du côté du père de l'enfant? _____

Décrire le bégaiement du membre(s) de la famille : _____

11. Comment évalueriez-vous le bégaiement de l'enfant à son meilleur et à son pire? Cochez les deux cases ci-dessous.

Très doux			Modéré			Très sévère
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

12. Comment le bégaiement de l'enfant affecte-t-il sa/son :

Performance académique? _____

Participation aux activités scolaires? _____

Interaction avec les autres enfants? _____

Interaction les membres de la famille? _____

Volonté de parler et de communiquer? _____

L'estime de soi ou l'attitude envers soi-même? _____

12. L'enfant a-t-il déjà fait une évaluation pour des problèmes d'orthophonie? Oui Non

Si oui, décrivez: _____

*** Si l'enfant est référé par son fournisseur de soins primaires, veuillez inclure le rapport de l'orthophoniste (SLP). Si l'enfant n'a jamais été évalué par un orthophoniste, vous serez contacté par notre clinique pour prendre rendez-vous avec l'orthophoniste. Veuillez noter que les frais d'évaluation sont de 200 \$.**

13 L'enfant a-t-il déjà bénéficié d'une thérapie orthophonique? Oui Non

Si oui, où? _____ Par qui? _____

Pour combien de temps? _____ L'objectif du traitement? _____

Résultat du traitement? _____

14. D'autres membres de la famille ont-ils eu des problèmes de parole/langage, autres que le bégaiement? Oui Non

Indiquez la relation de la personne avec l'enfant et la nature du problème: _____

15. Veuillez ajouter toute information que vous jugez pertinente ou utiliser cet espace pour développer l'une de vos réponses ci-dessus:

