|  |  |
| --- | --- |
| Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble de spectre de l'autisme et déficience physique | Demande de servicesBégaiementSECTION PARENTS |
| DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR UN PARENT |

Version électronique

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Identification de l’enfant
 |  |
| Nom de famille      | Prénom      | Date de naissance      |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Impacts au quotidien**
 |  |
| Est-ce votre enfant a de la difficulté à faire ses demandes à cause de son bégaiement? |
| [ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent [ ]  Toujours |
| Précisez :      |
| Est-ce qu’en raison de son bégaiement, vous avez de la difficulté à comprendre votre enfant lorsqu’il vous parle?  |
| [ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent [ ]  Toujours |
| Précisez :       |
| Comment réagit votre enfant lorsqu'il bégaie : |
| Il continue sa phrase? [ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent [ ]  Toujours |
| Il se fâche?[ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent [ ]  Toujours |
| Il arrête de parler?[ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent [ ]  Toujours  |
| Il change de phrase?[ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent [ ]  Toujours |

|  |
| --- |
| A-t-il d’autres réactions?       |
| Si ces réactions sont problématiques, expliquez :       |
| Votre enfant se fait-il taquiner parce qu’il bégaie?  | [ ]  Oui [ ]  Non |  |
| Votre enfant est-il conscient de son bégaiement? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Est-ce qu’en raison de son bégaiement, votre enfant évite de parler dans certaines situations ? [ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent [ ]  Toujours |
| Précisez (où, quand, etc.) :       |
| Est-ce qu’il y a d’autres problématiques qui vous préoccupent? Si oui, précisez :       |
| 1. **Motivation**
 |  |
| Qui a vu le besoin de faire une demande d’aide pour le bégaiement de votre enfant?  |
| [ ]  Vous-même[ ]  Votre enfant | [ ]  Autre :       |

|  |
| --- |
| Les services en bégaiement impliquent de :1. participer à des rencontres à l’Hôpital juif de réadaptation du CISSS de Laval ;
2. faire des exercices à la maison plusieurs fois par semaine.
 |
| Votre motivation (ou disponibilité) à faire cela est :  |
|  | [ ]  1 | [ ]  2 | [ ]  3 | [ ]  4 | [ ]  5 |  |
|  | Aucune | Faible | Moyenne | Bonne | Excellente |  |
| La motivation (ou disponibilité) de votre enfant à faire cela est : |
|  | [ ]  1 | [ ]  2 | [ ]  3 | [ ]  4 | [ ]  5 |  |
|  | Aucune | Faible | Moyenne | Bonne | Excellente |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Parent ayant complété le formulaire |  |
| NOM, PRÉNOM      |  |
| Signature du parent |      Date |