

Anamnèse Troubles orofaciaux myofonctionnels

Date :

NOM, prénom (enfant) : _____ Date de naissance : | | | | - | | | - | | |

 NOM, prénom (parent 1) : _____ NOM, prénom (parent 2) : _____
 # de téléphone (maison) : _____ # de téléphone (maison) : _____
 # de téléphone (travail) : _____ # de téléphone (travail) : _____
 # de téléphone (cellulaire) : _____ # de téléphone (cellulaire) : _____

Adresse postale : _____
No civique, Rue, Ville, Code postal

Adresse courriel : _____

Chers parents, les questions suivantes visent à dépister de possibles difficultés sur le plan médical / du développement qui pourraient fournir des informations pertinentes pour mieux comprendre la problématique actuelle et pour guider nos recommandations, le cas échéant. Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire du mieux que vous le pouvez. Nous prendrons le temps de le regarder ensemble lors de notre première rencontre afin de préciser certaines réponses. Merci !

Motif de consultation, conscience du problème			
Motivation à entreprendre le traitement : <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> très bonne			
Conscience du problème: <input type="checkbox"/> présente <input type="checkbox"/> non-présente			
Consultations antérieures en orthophonie			
<input type="checkbox"/> Première consultation en orthophonie.			
Dates	Lieu	Type de services reçus	Nom du professionnel
Prononciation			
Difficulté à prononcer certains sons : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui précisez les sons, si possible: p <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> ch <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> z <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> l <input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/>	
Histoire orthodontique			
Nom de l'orthodontiste :			
Description des traitements orthodontiques jusqu'à ce jour :			
Description des traitements orthodontiques à venir :			
Histoire développementale			

Motricité	<input type="checkbox"/> Sans particularité	<input type="checkbox"/> Difficultés rencontrées Précisions : Évaluation (ex. physio, ergo) : Suivis en cours (s'il y a lieu) :			
Langage	<input type="checkbox"/> Sans particularité	<input type="checkbox"/> Difficultés rencontrées Précisions :			
Histoire scolaire Niveau scolaire :	<input type="checkbox"/> Sans particularité	<input type="checkbox"/> Difficultés rencontrées Suivi en cours (ex. orthopédagogue) : Adaptations mises en place (PI scolaire s'il y a lieu) :			
Attention concentration	<input type="checkbox"/> Sans particularité	<input type="checkbox"/> Difficultés rencontrées Évaluation psychologique-neuropsychologique : Médication :			
Histoire médicale					
Santé	<input type="checkbox"/> Bonne	Précisions :			
Infections fréquentes des voies respiratoires	<input type="checkbox"/> Rhumes	<input type="checkbox"/> Sinusites	<input type="checkbox"/> Amygdalites	<input type="checkbox"/> Pharyngites	<input type="checkbox"/> Laryngites
Otitites à répétition	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence :			
Suivi en ORL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Myringotomie (tubes)	<input type="checkbox"/> Faite <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Prévue	Date :			
Adénoïdectomie (ablation des adénoïdes)	<input type="checkbox"/> Faite <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Prévue	Date :			
Amygdalectomie (ablation des amygdales)	<input type="checkbox"/> Faite <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Prévue	Date :			
Allergies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Asthme/maladies respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Médication	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Évaluation de l'audition	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Résultats :			
Maladies graves, blessures, chirurgies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Frénectomie (couper le frein de la langue)	<input type="checkbox"/> Faite <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Prévue	Date :			
Douleurs orofaciales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Dents sensibles/ chambranlantes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Précisions si vous avez répondu OUI à l'une ou l'autre des questions précédentes					
Alimentation					
Douleurs ou inconforts en mangeant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Tousse/S'étouffe/ Boit beaucoup en mangeant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

Mastique la bouche ouverte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Caprices/Ne mange pas de tout	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficulté avec certaines textures (ex. : ne mange pas de viande, car trop difficile à mastiquer)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bruit en mangeant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vitesse de mastication	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> plus rapide <input type="checkbox"/> plus lente
Consommation FRÉQUENTE de gomme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Se salit souvent en mangeant	
Difficulté à avaler des pilules	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisions si vous avez répondu OUI à l'une ou l'autre des questions précédentes	

Habitues orales

Habitue de succion Biberon classique <input type="checkbox"/> Suce <input type="checkbox"/> Verre à bec <input type="checkbox"/> Sucer pouce <input type="checkbox"/> Autre (ex : doigts, objet, cheveux, vêtement) <input type="checkbox"/>	Âge	Précisions :
Manque de contrôle de la salive	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antérieurement <input type="checkbox"/> Actuellement	Précisions :
Habitue de lécher ou mordiller les lèvres	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antérieurement <input type="checkbox"/> Actuellement	Précisions :
Se ronge les ongles	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antérieurement <input type="checkbox"/> Actuellement	Précisions :
Claquement des dents ou bruxisme	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antérieurement <input type="checkbox"/> Actuellement	Précisions :
Mauvaises habitudes orofaciales (ex : appui du visage sur la main, bras, objet)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antérieurement <input type="checkbox"/> Actuellement	Précisions : En position lors du sommeil : En position assise (école, TV) :
Autres informations		

Habitues respiratoires et sommeil

Habitues respiratoires le jour	<input type="checkbox"/> avec la bouche ouverte <input type="checkbox"/> avec la bouche fermée <input type="checkbox"/> avec la bouche parfois ouverte et parfois fermée				
Habitues respiratoires la nuit	<input type="checkbox"/> avec la bouche ouverte <input type="checkbox"/> avec la bouche fermée <input type="checkbox"/> avec la bouche parfois ouverte et parfois fermée				
	<input type="checkbox"/> bouche sèche au lever <input type="checkbox"/> écoulement salivaire <input type="checkbox"/> ronflement				
Particularités en lien avec le sommeil	<input type="checkbox"/> apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> insomnie	<input type="checkbox"/> fatigue chronique	<input type="checkbox"/> irritabilité	<input type="checkbox"/> somnolence

Habilité à se moucher efficacement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres informations	