

# ÉVALUATION OROFACIOMYOFONCTIONNELLE

|                     |
|---------------------|
| Nom :               |
| Date de naissance : |

Date de l'évaluation :

Nom du référant :

## HISTOIRE DE CAS

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 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 |   |   |   |
| 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:<br>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"/><br>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               | Précisions :  |   |
| Langage   | <input type="checkbox"/> Sans particularité               | Précisions :  |   |
| Histoire scolaire   | <input type="checkbox"/> Sans particularité               | Précisions :  |   |
| Attention concentration   | <input type="checkbox"/> Sans particularité               | Précisions :  |   |
| 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 |
| Troubles otalgiques depuis la naissance   | <input type="checkbox"/> Otites à répétition              | Fréquence :   |   |
| Allergies   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisions :  |   |
| Asthme/maladies respiratoires   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisions :  |   |
| Médication  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisions :  |   |
| Évaluation de l'audition  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Résultats :   |   |
| Maladies graves,  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisions :  |   |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| blessures, chirurgies   |  |   |   |
| Troubles digestifs  |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| 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 :                                      |
| Myringotomie (tubes)  |  | <input type="checkbox"/> Faite <input type="checkbox"/> Non   | <input type="checkbox"/> Prévue Date :                                      |
| Frénectomie (chirurgie du frein lingual)  |  | <input type="checkbox"/> Faite <input type="checkbox"/> Non   | <input type="checkbox"/> Prévue Date :                                      |
| Douleurs orofaciales  |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| Maux de tête  |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| Dents sensibles/<br>chambranlantes  |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| <b>Alimentation</b>   |  |   |   |
| Difficulté à mastiquer/croquer  |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| Boit beaucoup en mangeant   |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| Ne mange pas de tout  |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| Bruit en mangeant   |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| Vitesse de mastication  |  | <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> plus rapide <input type="checkbox"/> plus lente                           |   |
| Consommation de gomme   |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| Difficulté à avaler des pilules   |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Précisions :  |
| <b>Habitudes orales</b>   |  |   |   |
| Habitude de succion   |  | Âge   | Précisions :  |
| Biberon classique <input type="checkbox"/>                                      |  |   |   |
| Suce <input type="checkbox"/>   |  |   |   |
| Verre à bec <input type="checkbox"/>  |  |   |   |
| Sucer pouce <input type="checkbox"/>  |  |   |   |
| Autre (ex : doigts) <input type="checkbox"/>                                    |  |   |   |
| Habitude de lécher ou mordiller les lèvres                                      |  | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Antérieurement<br><input type="checkbox"/> Actuellement                    | Précisions :  |
| Se ronge les ongles   |  | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Antérieurement<br><input type="checkbox"/> Actuellement                    | Précisions :  |
| Claquement des dents ou bruxisme  |  | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Antérieurement<br><input type="checkbox"/> Actuellement                    | Précisions :  |
| Mauvaises habitudes orofaciales (ex : appui du visage sur la main, bras, objet) |  | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Antérieurement<br><input type="checkbox"/> Actuellement                    | Précisions :<br>Position lors du sommeil :<br>Position assise (école, TV) : |
| <b>Habitudes respiratoires</b>  |  |   |   |
| Habitudes respiratoires le jour   |  | <input type="checkbox"/> buccale <input type="checkbox"/> nasale <input type="checkbox"/> mixte                                     |   |
| Habitudes respiratoires la nuit   |  | <input type="checkbox"/> buccale <input type="checkbox"/> nasale <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/> Ronflement |   |
|   |  | <input type="checkbox"/> bouche sèche au lever <input type="checkbox"/> écoulement salivaire  |   |
| Habilité à se moucher   |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Efficacité :  |

Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date : 20\_\_/\_\_/\_\_