



Questionnaire pour un adulte de + 18 ans



Cocher la case si vous êtes concerné par la question

Renvoyer le questionnaire rempli à l'adresse mail suivante : cmora@cabinet-orthophonie.fr

NOM : ----- Prénom : ----- Date de naissance : -----

Sexe : ----- Situation : -----

Si la personne concernée par la demande ne peut remplir le questionnaire, indiquer votre lien de parenté

NOM : ----- Prénom : ----- lien de parenté : -----

Courriel : ----- @ -----

L'adulte a-t-il subi un AVC ?.....

L'adulte a-t-il subi un traumatisme crânien ?

L'adulte présente-t-il une pathologie neurodégénérative ?

Si oui laquelle ? _____

L'adulte présente-t-il des troubles du langage oral ?

L'adulte présente-t-il des troubles du langage écrit ?

L'adulte présente-t-il des troubles de la mémoire ?

L'adulte présente-t-il un handicap moteur ?

Si oui lequel ? _____

L'adulte a-t-il un trouble de la voix ?

Si oui lequel ? _____

L'adulte a-t-il subi une intervention chirurgicale au niveau de la gorge ?

Si oui laquelle ? _____

L'adulte porte-t-il des lunettes ?

Quel est la date du dernier bilan ophtalmologique ?...../...../.....

Quelle est la date du dernier bilan ORL et audiogramme ?/...../.....

L'adulte porte-t-il des prothèses auditives ?

L'adulte a-t-il un bon sommeil ?

Mange-t-il une alimentation variée ?



Questionnaire pour un adulte de + 18 ans



Cocher la case si vous êtes concerné par la question

Renvoyer le questionnaire rempli à l'adresse mail suivante : cmora@cabinet-orthophonie.fr

L'adulte a-t-il des troubles de la déglutition ?

A-t-il un appareil dentaire ?

L'adulte a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ?

Si oui, pour quelles raisons ? _____

L'adulte a-t-il déjà été suivi par un spécialiste

Si oui lequel ? et pour quelles raisons ? _____

L'adulte est-il porteur d'un handicap

Si oui lequel ? _____

Quand vous êtes-vous aperçu des difficultés ? _____

Y-a-t-il eu un ou des évènements déclencheurs ?

Si oui le ou lesquels ? _____

Qui vous a conseillé de consulter un orthophoniste ?

Remarques particulières :

Date : _____