Centre de réadaptation MAB-MACKAY Rehabilitation Centre

Last Name:	
First Name:	
File No.:	
D.O.B: _____/____/____	**Sex: ☐ M ☐ F**

CLINIQUE DE CONTRÔLE SALIVAIRE
QUESTIONNAIRE POUR PARENTS

Le questionnaire suivant est conçu pour nous aider à préparer votre prochaine visite à la clinique de contrôle salivaire. Nous vous demandons de le compléter afin de nous assister dans l'évaluation des problèmes de contrôle salivaire de votre enfant.

Motif de la référence:

☐ Impact sur la santé physique (Complications médicales, hospitalisation, etc.) :

_____

☐ Impact sur les activités de la vie quotidienne (ex. : participation scolaire /loisirs/travail, intégration sociale, réaction des pairs/fratrie/membre de la famille, etc.) :

_____

_____

☐ Fardeau au niveau de la famille (ex. : entretien des vêtements, draps, impact sur l'environnement, aides techniques à la communication, jouets) :

_____

_____

Histoire du problème de contrôle salivaire de votre enfant:

- **Quelle est la fréquence de la perte salivaire?**

☐ Occasionnelle ☐ Fréquente ☐ Constante

- **Laquelle des manifestations suivantes est la plus typique du problème de contrôle salivaire de votre enfant ??**

☐ Lèvres humides ☐ Vêtements mouillés
☐ Menton humide ☐ Matériel mouillé sur le plateau ou la table devant lui/elle
☐ Autre (précisez)_____

Quelles interventions avez-vous essayées dans le passé pour adresser le problème d'hypersalivation?

_____

_____

Votre enfant est-il conscient de son problème de contrôle salivaire?

☐ Oui ☐ Non ☐Variable

3500 boul. Décarie, Montréal QC H4A 3J5
Tél : (514) 488-5552 Téléc. : (514) 482-4536 ATS/TTY (514) 482-4536
7000 rue Sherbrooke Ouest, Montréal QC H4B 1R3
Tél : (514) 488-5552 Téléc. : (514) 489-3477

Centre de réadaptation MAB-MACKAY Rehabilitation Centre

Last Name:	
First Name:	
File No.:	

Si oui, comment réagit-il?_____

_____

Y a-t-il des problèmes d'alimentation ou de deglutition? Si oui, veuillez décrire:

_____

_____

Diète de l'enfant: ☐ Régulière ☐ Liquide ☐ En purée ☐ Hachée

Y a-t-il des problèmes au niveau respiratoire? Si oui, veuillez décrire:

_____

_____

Si un médicament ou un appareil recommandé par l'équipe suite à l'évaluation multidisciplinaire n'était pas couvert par la RAMQ, avez-vous des assurances personnelles qui couvriraient les frais? ☐ Oui ☐ Non

Si votre enfant est suivi actuellement par un ergothérapeute ou un orthophoniste, souhaitez-vous que ce thérapeute soit présent à la consultation le jour de la clinique?

☐ Oui ☐ Non Nom du thérapeute:_____

Profession/Centre de réadaptation:_____

Signature:_____

Lien avec le client:_____ **Date:**_____

Veuillez noter:

Lors de votre visite à la clinique, l'enfant sera nourri afin d'observer son comportement pendant l'alimentation. Veuillez apporter toute nourriture spéciale et/ou verres ou ustensiles (ex. : tasse, cuillère spéciale) au rendez-vous pour faciliter l'évaluation.

Ce document doit être retourné dans les plus brefs délais à la:

Clinique de contrôle salivaire
Att. Secrétaire clinique
Centre de réadaptation MAB-Mackay
3500, boul. Décarie
Montréal (Québec) H4A 3J5
Téléc.: (514) 482-4536

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec la secrétaire de la clinique au 514-488-5552 poste 2102