



HISTOIRE DE CAS

(évaluation orofaciale myofonctionnelle)

Identification l'enfant		
Nom de l'enfant :	Date de naissance :	Âge :
Noms des parents :		
Histoire développementale		
Est-ce que le développement du langage en bas âge vous a préoccupé ? ☐ oui ☐ non Précisez : _____		
D'autres aspects sur développement global (motricité, psychologique, etc.) vous ont-ils préoccupé ou vous préoccupent-ils ? ☐ oui ☐ non Précisez : _____		
Historique du suivi en orthophonie		
Votre enfant a-t-il déjà été évalué et/ou suivi en orthophonie ? Si oui, précisez (raisons, durée du suivi, endroit de la consultation, résultats, etc.). ☐ oui ☐ non Précisez : _____		
Votre enfant a-t-il de la difficulté à prononcer certains sons ? ☐ oui ☐ non Si oui, lesquels ? _____		
Historique orthodontique		
Votre enfant a-t-il déjà eu un traitement orthodontique ? ☐ oui ☐ non Précisez : _____		
Reçoit-il présentement ou recevra-t-il prochainement un traitement orthodontique ? ☐ oui ☐ non Précisez : _____		
Nom de la clinique et de l'orthodontiste/dentiste traitant :		
Habitudes respiratoires		
Comment est la respiration de votre enfant ? Le jour : ☐ nasale ☐ buccale ☐ les deux La nuit : ☐ nasale ☐ buccale ☐ les deux		
Votre enfant est-il capable de se moucher ? ☐ oui ☐ non ☐ oui, mais de manière peu efficace	La nuit, votre enfant ronfle-t-il ? ☐ oui ☐ non Précisez : _____	
Le sommeil de votre enfant est-il réparateur ? ☐ oui ☐ non Précisez : _____		
Commentaires/précisions : _____ _____ _____		

Habitudes orales	
Habitudes de succion : ▪ Suce : ☐ oui ☐ non ▪ Pouce : ☐ oui ☐ non ▪ Doigts : ☐ oui ☐ non ▪ Vêtements/doudou/tissus autres : ☐ oui ☐ non ▪ Autres : ☐ oui ☐ non	Jusqu'à quel âge ?
Habitudes orales nuisibles : Est-ce que votre enfant : ▪ Se lèche/se mordille les lèvres ? ☐ oui ☐ un peu ☐ non ☐ auparavant ▪ Se ronge les ongles ? ☐ oui ☐ un peu ☐ non ☐ auparavant ▪ Grince ou claque des dents ? ☐ oui ☐ un peu ☐ non ☐ auparavant ▪ Porte ses doigts/objets à la bouche ? ☐ oui ☐ un peu ☐ non ☐ auparavant ▪ Appui son menton sur sa main ? ☐ oui ☐ un peu ☐ non ☐ auparavant	
Commentaires (précisions, particularités, contexte, fréquence, etc.) : 	
Habitudes alimentaires	
Habitudes alimentaires en bas âge : A-t-il utilisé : ▪ Le biberon ? ☐ oui ☐ non ▪ Le verre à bec ? ☐ oui ☐ non A-t-il été allaité ? ☐ oui ☐ non	Jusqu'à quel âge?
Habitudes alimentaires aujourd'hui : Est-ce que votre enfant : ▪ A de la difficulté à croquer/mastiquer la nourriture ? ☐ oui ☐ non ▪ Boit beaucoup en mangeant ? ☐ oui ☐ non ▪ Est sélectif au niveau des aliments (goût, texture, etc.) ? ☐ oui ☐ non ▪ Mastique la bouche ouverte ? ☐ oui ☐ non ▪ Mâche de la gomme ? ☐ oui ☐ non ▪ A de la difficulté à avaler les pilules ? ☐ oui ☐ non Comment qualifiez-vous sa vitesse de mastication ? ☐ normale ☐ lente ☐ rapide	
Commentaires/précisions : 	

Histoire médicale

Votre enfant a-t-il souvent des infections des voies respiratoires ?

☐ oui, souvent ☐ oui, mais à une fréquence normale ☐ non

Si oui, lesquelles ?

☐ rhumes ☐ sinusites ☐ amygdalites ☐ pharyngites ☐ laryngites

Avez-vous déjà consulté un ORL avec votre enfant ?

☐ oui ☐ non Précisez : _____

L'audition a-t-elle déjà été évaluée ? Si oui, quand et quel était le résultat ?

☐ oui ☐ non Précisez : _____

Autres problématiques médicales (cochez ce qui s'applique à votre enfant) :

☐ otites (☐ moins de 3, ☐ 3 à 5, ☐ 5 et plus)

☐ adénoïdectomie (ablation des adénoïdes)

☐ allergies

☐ amygdalectomie (ablation des amygdales)

☐ asthme/maladie respiratoire

☐ myringotomie (pose de tubes transtympaniques)

☐ maladie grave

☐ frénectomie (chirurgie du frein lingual)

☐ blessures

☐ douleurs au niveau du visage, de la bouche/mâchoire, aux dents

☐ chirurgies

☐ maux de tête

☐ troubles digestifs

☐ prise d'une médication

Commentaires (précisions, moment de l'intervention, fréquence, âge, etc.) :

Commentaires/remarques

(aspects qui ne sont pas mentionnés ou que vous aimeriez préciser)

Questionnaire complété par : _____

Date : _____

Merci de votre collaboration !