**Annexe 98f**

**Formulaire de demande d’intervention dans le coût de prestations de logopédie**

**F – Dysphasie**

(toutes les rubriques doivent être complétées)

***Les prescriptions médicales pour le bilan logopédique et pour le traitement logopédique doivent être jointes à ce formulaire lors de la demande d'accord.***

**Renseignements administratifs**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du bénéficiaire**  (à compléter ou coller une vignette) | **Identification du logopède** |
| Nom et prénom :  Adresse :  Date de naissance :  Numéro National : | Nom et prénom :  Adresse :  N° de téléphone  Email :  Numéro INAMI : |

**Intervention des prestations logopédiques**

- Bilan initial

lieu :

date(s) :

- Traitement

à partir du :

lieu :  cabinet  domicile  école  hôpital

**Rapport logopédique**

***Anamnèse***

* Age chronologique :
* Langue(s) familiale(s) :
  + Si plusieurs langues, langue familiale dominante\* :
* Enseignement
  + Langue d’enseignement\* :
  + En cas de multilinguisme: exposition linguistique intensive de 6 mois dans la langue du traitement ? ☐ Oui ☐ Non
  + Type d’enseignement :
  + Année scolaire fréquentée :
  + Redoublement :  Oui  Non Si oui, année redoublée :

*\* en cas de multilinguisme : ajout d’une évaluation de la langue familiale dominante à l’aide du questionnaire parental ALDeQ.*

***Données du bilan logopédique***

Audiogramme[[1]](#footnote-1)

* + date de passation :
  + nom et numéro INAMI de l’audicien/audiologue ou du médecin ORL :

un audiologue ne possède pas de numéro INAMI ; son numéro INAMI ne doit donc pas être mentionné

* + perte auditive moyenne à la meilleure oreille

inférieure ou égale à 40 db HL  supérieure à 40 db HL

Test QI[[2]](#footnote-2)

* + Nom du test :
  + Score de QI de performance ou non-verbal ou QD (quotient de développement) :
  + date de passation :
  + nom du prestataire :

Tests et étalonnages utilisés *(nom, auteurs et date de publication)* :

* + …
  + …

Résultats :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tests | | Epreuves | Résultats | Percentile/Ecart-type |
| Phonologie | | | | |
|  | Réceptif |  |  |  |
| Expressif |  |  |  |
| Lexique / sémantique | | | | |
|  | Réceptif |  |  |  |
| Expressif |  |  |  |
| Morphologie | | | | |
|  | Réceptif |  |  |  |
| Expressif |  |  |  |
| Syntaxe | | | | |
|  | Réceptif |  |  |  |
| Expressif |  |  |  |
| Evaluation à l’aide du questionnaire parental (obligatoire en cas de multilinguisme) | | | Critère | |
| Score ALDeQ :  Effectué pour (mentionnez la langue): | | | Interprétation :  > 0.71 : manque d’exposition langagière  ≤ 0.71 : risque de trouble du langage | |

***Caractéristiques du trouble après données du bilan logopédique : F (dysphasie)***

troubles sévères du langage réceptif et/ou expressif persistant après le 5e anniversaire

interférence grave avec la communication sociale et/ou les activités quotidiennes faisant appel au langage oral

au moins un versant (expressif ou réceptif) est touché dans au moins trois domaines différents (score inférieur ou égal aux valeurs de critères)

la perte auditive moyenne ne dépasse pas, à la meilleure oreille, 40 dB HL

le QI de performance ou non-verbal ou QD (quotient développemental) a été mesuré

absence d’un trouble envahissant du développement

|  |  |
| --- | --- |
| Date et signature du logopède | Date et signature du bénéficiaire ou de son représentant légal/tuteur |
|  |  |

**Décision du médecin conseil**

|  |
| --- |
| Date de réception :  Décision :  Accord du bilan logopédique  Accord du traitement logopédique  Refus du bilan logopédique  Refus du traitement logopédique  Autre  Date et signature : |

1. L’audiométrie ne doit pas être jointe à la demande mais doit être conservée dans le dossier du patient. [↑](#footnote-ref-1)
2. Le rapport du test de QI ne doit pas être joint à la demande mais doit être conservé dans le dossier du patient. [↑](#footnote-ref-2)