**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\* :
  + Durée d’exposition à la langue d’enseignement :
  + 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

* + date de passation :
  + nom de l’ORL :
  + la perte auditive moyenne ne dépassant pas, à la meilleure oreille, 40 dB HL

 oui  non

Test QI (*nom du test)*:

* + QI de performance ou non-verbal ou QD (quotient développemental) ≥ 86 :
  + 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 | | | Critère | |
| Score ALDeQ : | | | Interprétation :  > 0.71 : manque d’exposition langagière  ≤ 0.71 : risque de trouble du langage | |

(\*) obligatoire en cas de multilinguisme

***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)

absence d’une perte auditive à la meilleure oreille > 40dB

QI de performance ou non-verbal ou QD (quotient développemental) ≥ 86

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 : |