**Annexe 98b**

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

**B2 –troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif**

(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 téléphoneEmail : 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\* :
	+ Type d’enseignement :
	+ Année scolaire fréquentée :
	+ Redoublement : [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, année redoublée :
* En cas de multilinguisme: exposition linguistique intensive de 6 mois dans la langue du traitement ? [ ]  Oui [ ]  Non

*\* 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 Total :
	+ 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 |  |  |  |
| Récit |
|  | Réceptif |  |  |  |
| Expressif |  |  |  |
| Pragmatique |
|  | 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 : B2 (troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif )***

[ ]  trouble du développement du langage réceptif et/ou expressif

[ ]  au moins 1 score est inférerieur ou égal aux valeurs de critère

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

 [ ]  le score déficitaire en phonologie n'est pas dû à un trouble simple de l'articulation.

[ ]  le quotient intellectuel total a été mesuré

|  |  |
| --- | --- |
| 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[ ]  AutreDate 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)