**Annexe 98e**

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

**C2 – dysfonctionnement du larynx et/ou des plis vocaux**

(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***

[ ]  Profession :

[ ]  Facteurs dommageables pour la voix en dehors des activités professionnelles :

[ ]  Contexte médical

* + Audition :
	+ Allergies :
	+ Reflux gastrique :
	+ Médication :

***Données du bilan logopédique***

[ ]  Laryngostroboscopie *(à joindre\* ; date de l’examen et nom du médecin)*

\*L’ORL doit transmettre le résultat de l’examen stroboscopique (soit normal, soit pathologique). Si le résultat est pathologique, l’ORL doit en donner le diagnostic.

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

* + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Résultats :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tests | Epreuves | Résultats | Evaluation |
| 1) Scores obtenus **aux tests acoustiques / Mesures objectives** : **(au moins un de ces tests doit obligatoirement être effectué)** |
| Fréquence Fondamentale (*f*o) | / |  | Valeur de référence (Hz) : |
| **ET/OU** |  |  |  |
| Dysphonia Severity Index (DSI) | / |  | Pathologique si < 1,6 |
| **ET/OU** |  |  |  |
| Assessment Voice Quality Index (AVQI) | / |  | Pathologique si ≥ 2,95 |
| 2) Scores obtenus **au test perceptif** (GRBAS) (pathologique si ≥ 1) :**(ce test doit obligatoirement être effectué)** |
| GRBAS | / | G.…R.…B….A….S…. | 0 normal, 1 léger, 2 moyen, 3 sévère |
| 3) Scores obtenus au test de mesure **d’impact des troubles de la voix sur la qualité de vie****(un de ces tests doit obligatoirement être effectué)** |
| Voice Handicap Index | Total | …… / 120 | Pathologique si ≥ 20 |
|  | Échelle fonctionnelle | …… / 40 |  |
|  | Échelle émotionnelle | …… / 40 |  |
|  | Échelle physique | …… / 40 |  |
| **OU** |  |  |  |
| Questionnaire de handicap vocal pour les femmes transgenres (Dacakis, G et al., 2013); |  |  | Pathologique si ≥ 1 |
| **OU** |  |  |  |
| QSV enfants (Verduyckt, I et al., 2011) | Questionnaire enfant |  | pathologique si ≥ 9 (questionnaire enfant)  |
|  | Questionnaire parent |  | pathologique si ≥ 4 (questionnaire parent) |

***Caractéristiques du trouble après données du bilan logopédique : C2 (dysfonctionnement du larynx et/ou des plis vocaux)***

[ ]  Au moins un aspect ci-dessous est déviant :

* + La laryngostroboscopie
	+ Les tests auditifs-perceptifs (GRBAS)
	+ Les tests de mesure d’impact de la qualité vocale

[ ]  Au moins un des tests acoustique/mesures objectives est déviant

* + Fréquence fondamentale (FO) et/ou
	+ Dysphonia Severity Index (DSI) et/ou
	+ Assessment Voice Quality Index (AVQI)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 : |