**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 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***

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  Autre  Date et signature : |