Demande de prise en charge logopédique pour TROUBLE DE LA VOIX

Bilan :

Rééducation :

Prolongation :

**Identification du patient** **Médecin prescripteur**   
Nom: ……………………………….. …………………………………………………………………  
Prénom :…………………………… …………………………………………………………………  
Date de Naissance :…./……./…….. N° INAMI : ………………………………………………..  
Mutuelle : …………………………………. Diagnostic : ………………………………………………  
 Vidéo Laryngo Stroboscopie : …………………..  
VLS certifiée par le médecin O.R.L. sur la prescription de bilan.

**Anamnèse**  
Audition :  
Reflux Gastro Oesophagien (Test de Belafsky, sensibilité accrue si >13) :  
Allergie :  
Médication :  
Profession :  
Loisirs :  
Contexte médical :  
Appareil orthodontique :

1) Scores obtenus **aux tests acoustiques / Mesures objectives** (inclus dans la liste limitative) :  
Fréquence Fondamentale (F0) : …Hz patho : oui - non Valeurs de référence (Hz) :   
Dysphonia Severity Index (DSI) pathologique si < 1.6 :  
Assessment Voice Quality Index (AVQI) pathologique si ≥ 2,95 :

2) Scores obtenus **au test perceptif** (inclus dans la liste limitative) pathologique si >à1 :  
Grade général de la dysphonie - **G** -   (0 normal, 1 léger, 2 moyen, 3 sévère) :  
Raucité- **R** - (0 normal, 1 léger, 2 moyen, 3 sévère) :  
Souffle- **B** - (0 normal, 1 léger, 2 moyen, 3 sévère) :  
Sensation de faiblesse- **A**- ( 0 normal, 1 léger, 2 moyen, 3 sévère) :  
Sensation de forçage- **S** - ( 0 normal, 1 léger, 2 moyen, 3 sévère) :

3a) Scores obtenus au test de mesure **d’impact de la qualité vocale dans la vie de tous les jours** (inclus dans la liste limitative) :  
Voice Handicap Index adulte(Jacobson & al) , Score global : … /120 pathologique si ≥ 20  
Score fonctionnel : ………../40  
Score émotionnel : ………../40  
Score physique : ………../40

3b) Scores obtenus au test de mesure **d’impact de la qualité vocale dans la vie de tous les jours** (inclus dans la liste limitative) :  
Questionaires des symptômes vocaux chez l’enfant (QSV-enfant) :   
Score questionnaire enfant: …. /38 pathologique si ≥ 9  
Score questionnaire parent: ..../40 pathologique si ≥ 4

**4) Compléments d’analyse (facultatif)** :  
Capacité vitale :………………. Ml  
Temps maximum phonatoire : …………………secondes  
Quotient phonatoire : …………ml/sec  
Mean Flow Rate : ………….  
Etendue fréquentielle mesurée au phonétogramme : de ………..Hz à ……………Hz  
Etendue en amplitude mesurée au phonétogramme : de ……….dB à ……………dB  
Jitter % : ……………  
Pression sous glottique estimée (P.S.G.E) :…………..cmH2O à …………….dB SPL (conversation)  
Pression sous glottique estimée (P.S.G.E) :…………..cmH2O à …………….dB SPL (faible)  
Pression sous glottique estimée (P.S.G.E) :…………..cmH2O à …………….dB SPL (fort)

Analyse du comportement vocal :

1. Niveau de stress : …………./10 (1 pas de stress, 10 beaucoup de stress).
2. Statique corporelle :
3. Etat de tension musculaire global :
4. Etat de tension musculaire périphérie laryngée :
5. Respiration :
6. Qualité du son :
   1. Voice Onset Time
   2. Attaques
   3. Finales
7. Tenue du son :
8. Aspect prosodique (Contour intonatif, contraste, débit, expression) :
9. Adaptation de l’intensité à la situation :
10. Articulation :
11. Localisation de la résonance :
12. Habitudes néfastes :
13. Facteurs extérieurs :
14. Evaluation de la charge vocale par le patient:

Orientation de la prise en charge du trouble vocal :  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Les objectifs et le programme de rééducation du trouble vocal porteront sur :**

1. Un travail de la posture dans le but d’optimaliser le geste vocal
2. L’élimination des tensions excessives péri-laryngées
3. Le développement de la proprioception
4. L’assouplissement diaphragmatique
5. L’assouplissement de la mâchoire
6. La mobilité du voile du palais
7. L’amélioration de la coordination pneumophonique
8. Le couplage phono résonantiel
9. L’amélioration de la boucle audio-phonatoire
10. La base de langue (tonicité, …)
11. La déglutition
12. L’automatisation du geste vocal
13. La gestion de l’intensité
    1. Port d’un micro casque amplificateur :
    2. Conseils concernant la charge vocale :

**Logopède ayant effectué le bilan vocal :**Nom : Date de l’examen ORL : .…/…./20….  
Prénom : Date du bilan logopédique : .…/…./20….  
N° INAMI : Date du début de la rééducation : .…/…./20….  
Signature : Date du début de la prolongation : …/…./20….

**Contacts** :  
Téléphone :  
Courriel :

Rééducation souhaitée conforme à la nouvelle nomenclature ( 1/09/13) : 80 séances sur une année ou deux années consécutives avec un bilan de prolongation entre les deux années.

**Logopède pour la rééducation :**