



**Clinique de la voix AZ DELTA**  
**L'Anamnèse: première consultation**

En complétant ce questionnaire, j'autorise la responsable de la clinique de la voix (Dr. Delsupehe) et les autorités à utiliser ces informations pour des objectifs de recherche. **Mes données médicales seront traitées de façon strictement confidentielle.** J'accepte la collecte, le traitement et l'utilisation de ces données médicales en fonction des cibles de recherche. J'accepte aussi que les données soient transférées et enregistrées dans d'autres pays que la Belgique. Je ne serai identifiable en aucune façon avec mon nom.

Nom: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Informations générales**

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Profession/Etudes: \_\_\_\_\_

**Sur une échelle de 1 à 7: Combien de temps passez-vous à parler? (en dehors du contexte professionnel) (1 = très peu, 7 = très sociale)**

1   2   3   4   5   6   7

**Sur une échelle de 1 à 7: Comment est-ce que vous évaluez le ton/l'intensité de votre voix? (1 = très silencieux, 7 = très fort)**

1   2   3   4   5   6   7

**Des activités supplémentaires impliquant la parole:**

chanter    le théâtre    mouvement de jeunesse    Autres: \_\_\_\_\_

**Fumez-vous?**

oui    non    non, mais j'ai fumé dans le passé

**Qui vous a envoyé à la clinique de la voix?**

Votre médecin de famille    Coach vocal    L'hôpital

Un Logopède / Orthophoniste    Une réunion professionnelle    Un ami/une amie

Internet    Autres: \_\_\_\_\_

**Avez-vous consulté un autre spécialiste d'ORL?**

non

oui, chez \_\_\_\_\_

**Prenez-vous des médicaments pour votre voix?**



non

oui, c'est à dire \_\_\_\_\_

**En ce moment, est-ce que vous consultez régulièrement un logopède pour votre voix?**

non

oui, chez \_\_\_\_\_

Depuis quand?  1 mois  3 mois  6 mois  9 mois

12 mois  15 mois  plus que 15 mois

**Est-ce que vous suivez une formation en chant avec un coach vocal?**

non, je n'ai jamais suivi une formation en chant

non, mais dans le passé, chez \_\_\_\_\_

oui, chez \_\_\_\_\_

**Est-ce que vous prenez d'autres mesures pour votre voix, p.e., des exercices vocaux?**

non

oui, c'est-à-dire: \_\_\_\_\_

### **Le résumé du problème**

**Pourquoi est-ce que vous consultez la clinique de la voix (La raison de votre problème de voix)?**

\_\_\_\_\_

**Depuis combien de temps est-ce que vous rencontrez ce problème?**

\_\_\_\_\_

**Sur une échelle de 1 à 7: à quel degré est la sévérité de votre problème? (1 = pas sévère, 7 = très sévère)**

1  2  3  4  5  6  7

**Sur une échelle de 1 à 7: à quel degré êtes-vous motivés pour résoudre votre problème? (1 = bas, 7 = élevé)**

1  2  3  4  5  6  7

**Quels choses ne pouvez-vous plus faire avec votre voix (et que vous souhaiteriez encore faire)?**

\_\_\_\_\_

**Quels sont les problèmes de voix que ne peuvent pas arriver normalement?**

\_\_\_\_\_



**Quand est-ce que vous ressentez le plus de difficultés avec votre voix?**

- le matin     le soir     j'aperçois aucune différence

**Est-ce que vous avez beaucoup d'ennuis après confier la voix?**

- oui     non

**Etes vous plus embêtés quand vous êtes fatigué?**

- oui     non

**Est-ce que vous ressentez des symptômes dans votre gorge?**

- non     oui (lesquels?):
- 

**Les symptômes dans votre gorge sont ils plus marqués quans vous confier la voix?**

- oui     non

**Avez-vous souvent besoin de vous gratter la gorge?**

- oui     non

**Toussez vous souvent?**

- oui     non