



**Association des personnes aphasiques
de la Mauricie et du Centre-du-Québec**

Formulaire réservé aux nouveaux membres

M. _____ MME. _____

NOM de la personne aphasique : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE (jour/mois/année) _____ / _____ / _____

ÉTAT CIVIL :

<input type="checkbox"/> MARIÉ(E)	<input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E)
<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE	<input type="checkbox"/> VEUF (VEUVE)
<input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E)	<input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT

CONTACT EN CAS D'URGENCE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CONTACT _____

LANGUE MATERNELLE

français _____ anglais _____ autre _____

LANGUE D'USAGE COURANT

français _____ anglais _____ autre _____

AUTRES LANGUES PARLÉES ET /OU COMPRISES : _____

J'AI DE LA DIFFICULTÉ À :

LIRE _____ ÉCRIRE _____ PARLER _____ COMPRENDRE _____

SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIES OU AUTRES ex : (épilepsie, diabète, etc.)

OUI _____ NON _____

DATE DU DÉBUT DE LA MALADIE (jour/mois/année): _____ / _____ / _____

TYPE D'APHASIE : _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ SUIVI EN ORTHOPHONIE? OUI _____ NON _____

Si non, quelle en est la raison? _____

Si oui, inscrire le dernier endroit fréquenté

Lieu : _____

Nom de l'orthophoniste : _____

Numéro de téléphone : _____

Date du début du traitement et durée : _____

Fréquence des rencontres :

Date du congé et raison : _____

DOMINANCE MANUELLE (avant l'aphasie)

DROITIER _____ GAUCHER _____ AMBIDEXTRE _____

PARALYSIE : À la jambe : gauche _____ droit _____

Au bras : gauche _____ droit _____

À la main : gauche _____ droit _____

Au visage : gauche _____ droit _____

MODE DE DÉPLACEMENT :

Marchez-vous sans aide OUI _____ NON _____

Avez-vous :

une canne OUI _____ NON _____

Un quadripode OUI _____ NON _____

Une marchette OUI _____ NON _____

Une chaise roulante OUI _____ NON _____

Possédez-vous une voiture OUI _____ NON _____

AUTRES DÉTAILS PERTINENTS :

