



Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
aaaa/mm/jj

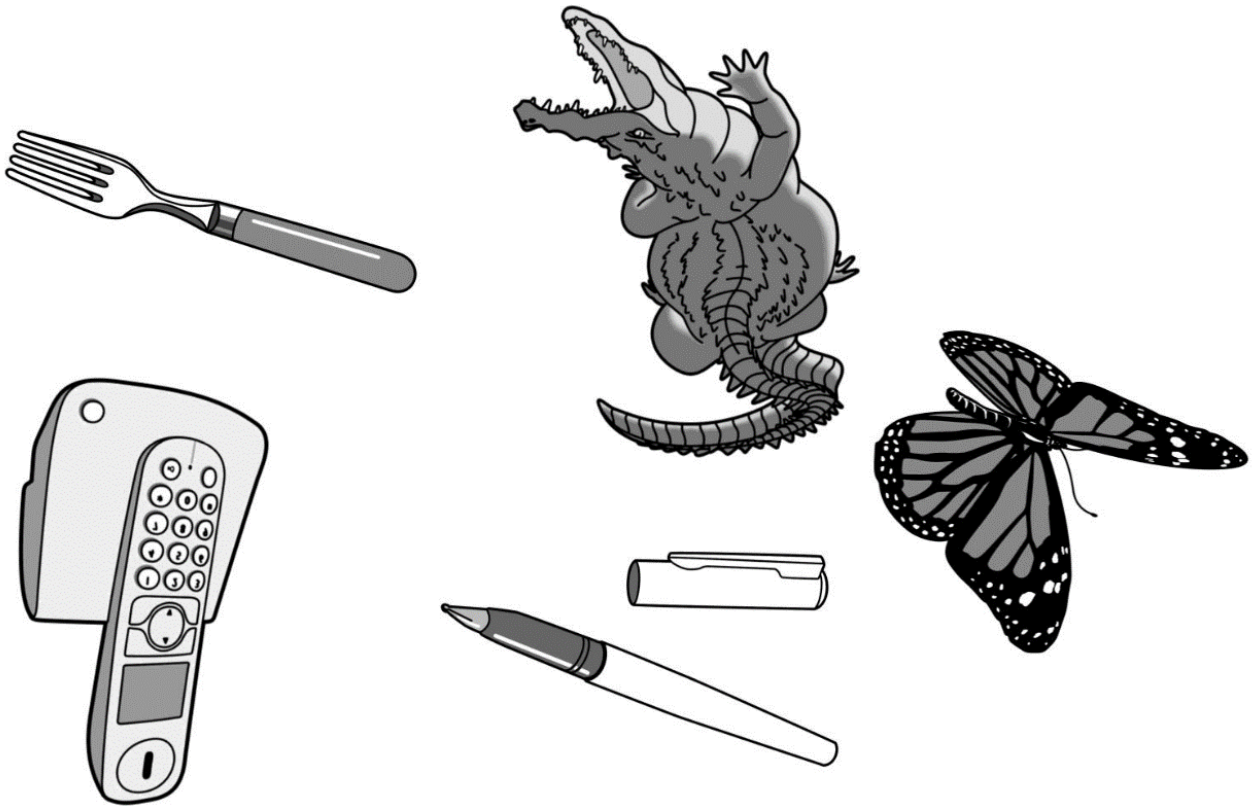
NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

**LANGUAGE SCREENING TEST – QUÉBEC
LAST-Q-VERSION A**

Niveau de scolarité: _____

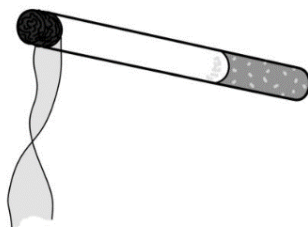
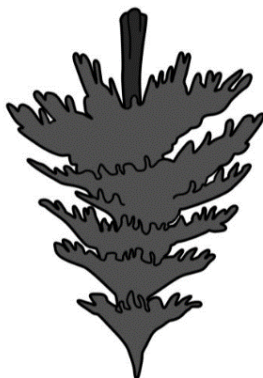
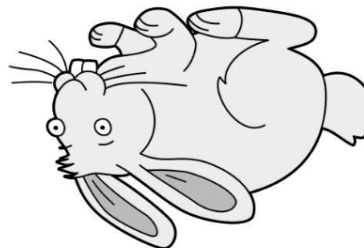
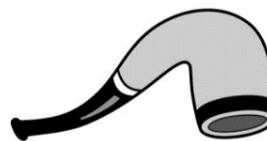
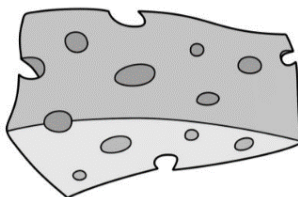
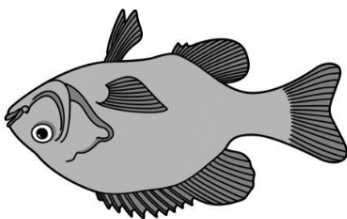
Âge: _____



Expression orale		SCORE	
Dénomination	Téléphone	/1	
	Papillon	/1	
	Stylo	/1	
	Crocodile	/1	
	Fourchette	/1	
	Score dénomination		
Répétition	Mathématiques	/1	
	Le facteur apporte une lettre chez ma voisine	/1	
	Score répétition		
Série automatique	Compter de 1 à 10	/1	
	Score série automatique		
Score total expression orale			/8

Nom, prénom :

#Dossier :



Compréhension orale		SCORE	
Désignation	Lapin	/1	
	Cuillère	/1	
	Cigarette	/1	
	Œil	/1	
	Score désignation	/4	
Exécution d'ordres	« Montrez le plafond »	/1	
	« Ne prenez pas le verre mais le stylo »	/1	
	« Mettez une main sur la tête, et ensuite un doigt sur le nez »	/1	
	Score exécution d'ordres	/3	
Score total compréhension orale		/7	
Ajouter 1 point si niveau de scolarité entre 0 et 11 ans ou âge 80 ans ou plus		/1	
SCORE LAST-Q A-TOTAL		/15*	

* Référence en orthophonie requise si score < 15

Tiré et modifié de : Bourgeois-Marcotte J, Flamand-Roze C, Denier C, Monetta L. (2015). LAST-Q: adaptation et normalisation franco-québécoises du Language Screening Test [LAST-Q: Adaptation and normalisation in Quebec of the Language Screening Test]. *Rev Neurol (Paris)*. 171(5):433-6. Avec autorisation des auteurs.

ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Si dépistage négatif, poser les 2 questions suivantes

<p>À l'usager : Avez-vous noté des changements* dans votre façon de communiquer avec les autres depuis le récent AVC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, référence en orthophonie <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Au(x) proche(s) : Avez-vous noté des changements* dans la façon de communiquer de votre proche avec les autres depuis le récent AVC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, référence en orthophonie <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>* changement/difficulté dans la voix, prononciation, recherche de mots, lecture/écriture ou tout autre changement dans la conversation?</p>	

INTERVENTIONS

Signature et titre : _____

Date : ____/____/____