

Questionnaire orthophoniste

Patient :

Date de début du défi :

Durée du défi :

LE DÉFI
(presque)
SANS ÉCRAN

1) Avez-vous affiché dans votre salle d'attente nos affiches de prévention ?

OUI

UN PEU

NON

2) Avant le défi, avez-vous abordé sérieusement le sujet des écrans avec certains patients et leurs familles ?

OUI

PARFOIS

NON

3) Avez-vous remarqué des changements dans le comportement de ce patient ?

OUI

MOYENNEMENT

NON

Si OUI, lesquels ?

4) Avez-vous trouvé l'enfant plus :

- Concentré

OUI

NON

- Calme

OUI

NON

5) Avez-vous pu observer des améliorations au niveau du langage ?

OUI

MOYENNEMENT

NON

Lesquelles ?

6) Avez-vous pu observer des améliorations au niveau de son raisonnement logique ?

OUI

MOYENNEMENT

NON

Lesquelles ?

7) Avez-vous pu observer des améliorations au niveau de sa créativité ? (Observé lors de jeux libres, dessins...)

OUI

MOYENNEMENT

NON

Lesquelles ?

8) Avez-vous trouvé l'enfant et sa famille investis dans ce défi ?

OUI

MOYENNEMENT

NON

9) Pensez-vous que le défi (presque) sans écran est un bon moyen de faire de la prévention autour des écrans auprès des familles ?

OUI

MOYENNEMENT

NON

10) Pensez-vous que le défi (presque) sans écran est un bon outil pour accompagner les familles ?

OUI

MOYENNEMENT

NON

11) Pensez-vous que le défi a enrichi vos connaissances sur les écrans et leurs effets ?

OUI

MOYENNEMENT

NON

Remarques :