



ORTHOPHONIE - SCOLAIRE

Afin de mieux intervenir auprès de votre enfant, nous vous invitons à remplir le questionnaire suivant portant sur le développement général de votre enfant. Nous vous demandons d'y répondre au meilleur de votre connaissance. Des précisions vous seront demandées ultérieurement au besoin. Merci de votre précieuse collaboration.

Histoire générale du développement de l'enfant

Date :

NOM, prénom (mère) :	_____	NOM, prénom (père) :	_____
	_____		_____
# de téléphone (maison) :	_____	# de téléphone (maison) :	_____
# de téléphone (travail) :	_____	# de téléphone (travail) :	_____
# de téléphone (cellulaire) :	_____	# de téléphone (cellulaire) :	_____
Adresse postale :	_____		

	No civique, Rue, Ville, Code postal		
Adresse courriel :	_____		

MOTIF DE CONSULTATION :

HISTOIRE PÉRINATALE

Dans le cas d'un enfant adopté :

À quel âge a-t-il été adopté?

De quel pays d'origine?

Santé de la mère pendant la grossesse :

Médicaments utilisés :

Durée de la grossesse :

Événements importants ayant perturbés la grossesse?

Accouchement : Normal : Par césarienne :

Commentaires :

Poids à la naissance : APGAR (3 chiffres sur 10 dans le carnet de santé) :

Difficultés respiratoires :

Autres complications :

HISTOIRE POST-NATALE

Durant les 1^{res} semaines de vie, est-ce que l'enfant...

Digérait bien?

Dormait bien?

À quel âge ... S'est-il assis? a-t-il été propre de jour?

A-t-il marché? a-t-il été propre de nuit?

Commentaires :

Suce-il son pouce?: Fréquence :

Éprouve-t-il des difficultés à réaliser des mouvements comme sauter, monter les escaliers ou aller à bicyclette?

HISTOIRE FAMILIALE ET SOCIALE

Situation familiale : ☐ famille traditionnelle ☐ famille reconstituée ☐ famille monoparentale

(Facultatif) Quelle est votre profession, celle de votre conjoint et/ou du père de l'enfant et le degré de scolarité le plus élevé que vous ayez obtenu? _____

Combien êtes-vous à la maison? _____ Nom, âge et rang de chacun des enfants au sein de la famille:

1. _____
2. _____
3. _____
- ... _____
- ... _____

Comment votre enfant s'entend-il avec ses frères et sœurs? _____

Langue parlée à la maison : _____

Si plus d'une langue, indiquer le pourcentage d'utilisation à la maison (ex. : français 50%, anglais 50%)

Langue parlée			
Pourcentage d'utilisation			

HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT LANGAGIER

Votre enfant a-t-il babillé en bas âge? (ex. bababa...) _____

À quel âge sont apparus les premiers mots ? _____

Lesquels? _____

À quel âge a-t-il dit deux mots de suite? (ex. encore jus, papa parti) _____

À quel âge a-t-il dit ses premières phrases? _____

A-t-il eu ou a-t-il encore de la difficulté à produire certains sons? _____

Ses phrases sont-elles aussi bien formées que les autres jeunes de son âge? _____

A-t-il de la difficulté à raconter une histoire ou un événement de façon structurée? _____

Votre enfant cherche-t-il ses mots? (p. ex. remplace les mots précis par des mots vagues, a souvent un mot « sur le bout de la langue », etc.) _____

Y a-t-il des antécédents de trouble d'apprentissage, de trouble de langage ou de dyslexie-dysorthographe dans votre famille? _____

HISTOIRE MÉDICALE

HISTORIQUE DES DIFFICULTÉS DE LA SPHÈRE ORL

Votre enfant a-t-il fait beaucoup d'otites? _____

A-t-il déjà consulté un médecin ORL? Si oui, pour quelle raison? _____

Votre enfant a-t-il déjà eu une myringotomie (tubes transtympaniques)? Non ☐ Oui ☐ Quand? _____

Votre enfant a-t-il déjà été opéré pour les amygdales? Non ☐ Oui ☐ Quand? _____

Votre enfant a-t-il déjà été opéré pour les végétations? Non ☐ Oui ☐ Quand? _____

L'audition de votre enfant a-t-elle déjà été testée? Non ☐ Oui ☐ Si oui :

Date de(s) test(s) : _____ Résultat(s) : _____

Avez-vous des doutes quant à l'audition de votre enfant? _____

Non ☐ Oui ☐

Précisions : _____

Avez-vous une copie du rapport audiolinguistique en votre possession? _____

Non ☐ Oui ☐

Évaluations précédentes auprès d'autres professionnels (psychologue, ergothérapeute, pédopsychiatre, etc.) : _____

AUTRES DÉTAILS MÉDICAUX/PARAMÉDICAUX PERTINENTS

Trouble de l'attention : Non ☐ Oui ☐

Hyperactivité : Non ☐ Oui ☐

Trouble envahissant du développement : Non ☐ Oui ☐

Antécédents familiaux d'épilepsie : Non ☐ Oui ☐

Allergies : Non ☐ Oui ☐

Évaluation du potentiel intellectuel : Non ☐ Oui ☐

Évaluation en ergothérapie : Non ☐ Oui ☐

Traumatisme crânien : Non ☐ Oui ☐

Commotion(s) cérébrale(s) : Non ☐ Oui ☐

Médication régulière : Non ☐ Oui ☐

Détails :

Votre enfant porte-t-il des lunettes? Non ☐ Oui ☐ Raison :

Dernier examen de la vue : _____

Votre enfant a-t-il déjà été vu en orthophonie?

Non ☐ Oui ☐

Si oui :

Nom de l'orthophoniste :

Lieu du suivi :

Raison du suivi et résultats :

HISTOIRE SCOLAIRE

Nom (de l'/des) école(s) fréquentées depuis la maternelle :

Nom de l'école et de la commission scolaire présentement fréquentées :

Nom de l'enseignant(e) pour l'année scolaire en cours :

Votre enfant a-t-il un plan d'intervention à l'école?

Reçoit-il un enseignement adapté? (p. ex. orthopédagogie) Non ☐ Oui ☐ Si oui :

Nom de l'enseignante en orthopédagogie :

Fréquence de l'aide reçue :

Pour chaque année scolaire, décrivez les difficultés rencontrées (reprise d'année, matières ou tâches plus ardues) et l'aide reçue :

Maternelle :

1^{ère} année

2^{ème} année

3^{ème} année

4^{ème} année

5^{ème} année

6^{ème} année

Années suivantes :

Qu'avez-vous déjà essayé pour aider votre enfant dans ses difficultés scolaires? (p. ex., enseignant à domicile, aide aux devoirs, clinique de lecture, etc.)

Date : _____

Rempli par : _____

Ces informations nous seront très utiles.

Merci de votre précieuse collaboration!