

Questionnaire développemental

Ci-dessous figurent une série de questions concernant l'historique développemental de votre enfant. Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à toutes les questions au meilleur de vos connaissances. Veuillez noter que vos réponses à ces questions ont pour but de faciliter votre premier rendez-vous à Agoo et d'aider notre équipe à mieux comprendre les forces et difficultés présentes et passées de votre enfant. Les informations recueillies sont strictement confidentielles et seront gardées dans le dossier de votre enfant à titre de référence. Veuillez apporter le questionnaire complété à votre premier rendez-vous.

Nous vous remercions de nous fournir **une copie du bulletin le plus récent de votre enfant**, ainsi que **des copies de tout rapport de thérapie ou d'évaluations antérieures**.

A. Identification de l'enfant

Identification de l'enfant

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance : _____ Numéro d'assurance maladie : _____

Lieu de naissance : _____ Âge d'arrivée au Canada (si applicable) : _____

Adresse : _____
Numéro civique Nom de la rue App. Ville Code postal

Langue(s) maternelle(s) :	Anglais <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/>	Autre : _____
Langue(s) parlée(s) à la maison :	Anglais <input type="checkbox"/> _____ %	Français <input type="checkbox"/> _____ %	Autre : _____ %
Langue(s) parlée(s) à la garderie :	Anglais <input type="checkbox"/> _____ %	Français <input type="checkbox"/> _____ %	Autre : _____ %

Motif de consultation

Quelles sont vos inquiétudes par rapport au développement de votre enfant?

Identification des parents

Prénom du père : _____	Nom du père : _____
Lieu de naissance : _____	Âge d'arrivée au Canada (si applicable) : _____
Langue(s) parlée(s) :	
- Avec votre conjointe : Anglais <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/> Autre : _____
- Avec votre enfant : Anglais <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/> Autre : _____
Plus haut niveau d'éducation complété : _____	Occupation : _____
Numéro de téléphone : _____	Courriel : _____
Prénom de la mère : _____	Nom de la mère : _____
Lieu de naissance : _____	Âge d'arrivée au Canada (si applicable) : _____
Langue(s) parlée(s) :	
- Avec votre conjoint : Anglais <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/> Autre : _____
- Avec votre enfant : Anglais <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/> Autre : _____
Plus haut niveau d'éducation complété : _____	Occupation : _____
Numéro de téléphone : _____	Courriel : _____

B. Histoire familiale

État civil des parents : Mariés Conjoints de fait Séparés Divorcés

Si les parents sont séparés ou divorcés, l'enfant habite :

Avec sa mère Avec son père En garde partagée En famille reconstituée Autre : _____

Est-ce que l'enfant a été adopté : Oui Non

Est-ce que l'enfant vit dans une famille d'accueil : Oui Non

Est-ce que l'enfant a des frères et sœurs : _____
(prénom et âge)

Antécédents familiaux Trouble psychiatrique et trouble neurologique
(parents, frères/sœurs, grands-parents, oncles/tantes, cousins/cousines) :

Retard/trouble de langage

Déficiência intellectuelle

Bégaiement

Retard global de développement

Trouble d'apprentissage (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, etc.)

Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Trouble moteur

C. Histoire périnatale et postnatale

La mère a-t-elle eu des problèmes de santé durant la grossesse? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Y a-t-il eu des complications à l'accouchement? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Est-ce que l'enfant est né à terme? Oui Non _____ semaines

Type d'accouchement : Naturel Césarienne

Poids de l'enfant à la naissance et APGAR : _____

Votre enfant a-t-il souffert de complications médicales après la naissance : Oui Non

Si oui, précisez : _____

Est-ce que votre enfant a souffert de problèmes d'alimentation au cours de la jeune enfance?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

Est-ce que votre enfant a souffert de problèmes de sommeil au cours de la jeune enfance?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

Est-ce que votre enfant a souffert de problèmes de santé au cours de la jeune enfance?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

Bébé, comment votre enfant se comportait-il avec les autres enfants?

Plus sociable que la moyenne Sociabilité moyenne Moins social que la moyenne

D. Développement moteur

Veillez indiquer l'âge d'acquisition des stades suivants :

Roulade du dos au ventre : _____

Roulade du ventre au dos : _____

S'asseoir seul : _____

Marcher à quatre pattes : _____

Circuler avec appui : _____

Marcher : _____

Votre enfant a-t-il des difficultés de motricité globale (ex. courir, sauter, lancer, monter à bicyclette)?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il des difficultés de motricité fine (ex. boutonner, lacer, dessiner, découper)?

Oui Non

Si oui, précisez :

Votre enfant est : Droitier Gaucher Indéterminé

E. Développement sensoriel

A-t-il de la difficulté à accomplir des tâches dans un milieu bruyant? Oui Non

Semble ne pas entendre lorsqu'on lui parle (ou semble ignorer l'adulte) Oui Non

Exprime de l'angoisse lors des soins personnels (ex : se déshabiller ou pleure lorsqu'on lui coupe les cheveux ou les ongles, qu'on lui lave le visage)? Oui Non

Devient anxieux lorsqu'il est près des autres? Oui Non

Touche les objets ou les gens plus que les enfants de son âge? Oui Non

Recherche le mouvement au point ou cela interfère avec son fonctionnement quotidien? Oui Non

Évite-t'il les activités sédentaires? Oui Non

Se balance ou se berce lorsqu'assis ou lorsqu'il attend? Oui Non

Se déplace de façon figée, avec raideur? Oui Non

Se fatigue facilement? Oui Non

Se colle aux objets ou aux murs? Oui Non

Démontre une forte préférence pour certains goûts ou certaines odeurs? Oui Non

Est sélectif sur les goûts ou les textures d'aliments qu'il accepte dans son régime alimentaire? Oui Non

F. Développement langagier

Veillez répondre aux questions suivantes selon la **langue maternelle** de l'enfant.

- À quel âge votre enfant :
- a-t-il babillé? _____
 - a-t-il dit ses premiers mots?
(autre que maman et papa) _____
 - a-t-il combiné deux mots? _____
 - a-t-il produit des phrases? _____

Est-ce que votre enfant répète les sons, les mots ou les phrases? Oui Non

Est-ce que votre enfant comprend les consignes simples (ex. Ferme la porte)? Oui Non

Est-ce que votre enfant peut répondre à une question fermée (oui/non)? Oui Non

Comment votre enfant s'exprime-t-il?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Des gestes (pointer, tirer, etc.) | <input type="checkbox"/> Des sons (grognements, cris) | <input type="checkbox"/> Des mots isolés |
| <input type="checkbox"/> Des combinaisons de 2 mots | <input type="checkbox"/> Phrases courtes d'environ 3 mots | <input type="checkbox"/> Phrases simples de 4+ mots |
| <input type="checkbox"/> Phrases complètes et complexes | | |

G. Sommeil

Votre enfant peut-il s'endormir seul? Oui Non

Votre enfant présente-t-il un sommeil léger? Oui Non

Votre enfant dort-il mieux sans couverture? Oui Non

Votre enfant dort-il mieux avec une couverture lourde? Oui Non

Votre enfant aime-t-il être bercé par ses parents? Oui Non

À quelle heure votre enfant se couche-t-il habituellement? _____

Votre enfant fait-il des siestes pendant la journée? Oui Non

Si oui, quand? _____

Quelle est la routine de sommeil habituelle (ex. jeu, bain, histoire)? _____

Comment jugez-vous la qualité du sommeil de votre enfant? _____

Est-ce qu'il y a d'autres particularités en lien avec le sommeil? Oui Non

Si oui, précisez : _____

H. Alimentation

Votre enfant est-il/a-t-il été allaité? Oui Non

Votre enfant accepte-t-il/a-t-il bien accepté les purées avec morceaux? Oui Non

Votre enfant accepte-t-il/a-t-il bien accepté les aliments solides? Oui Non

Votre enfant mange-t-il/a-t-il mangé avec les doigts? Oui Non

Votre enfant accepte-t-il/a-t-il bien accepté le biberon lorsque pris dans les bras? Oui Non

Votre enfant utilise-t-il la cuillère? Oui Non

Votre enfant utilise-t-il la fourchette? Oui Non

Votre enfant peut-il tartiner son pain? Oui Non

Votre enfant peut-il boire au verre à bec? Oui Non

Votre enfant peut-il boire au verre? Oui Non

Votre enfant peut-il boire avec une paille? Oui Non

Votre enfant peut-il se verser du jus lui-même? Oui Non

Votre enfant est-il sélectif dans son choix d'aliments? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant mange-t-il proprement? Oui Non

Votre enfant s'essuie-t-il la bouche par lui-même? Oui Non

Votre enfant présente-t-il des difficultés en lien avec la mastication des aliments? Oui Non

Votre enfant a-t-il tendance à avaler tout rond? Oui Non

Votre enfant salive-t-il beaucoup? Oui Non

Votre enfant suit-il/ a-t-il déjà suivi une diète particulière? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il bon appétit? Oui Non

Est-ce qu'il y a des comportements particuliers lors de l'alimentation? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Quels sont les aliments que votre enfant préfère? _____

Quels sont les aliments que votre enfant déteste? _____

L'alimentation est-elle une activité préoccupante pour vous? Oui Non

I. Hygiène corporelle

Votre enfant se lave-t-il habituellement dans le bain ou sous la douche? _____

Votre enfant peut-il se laver le corps et les cheveux tout seul? Oui Non

Si non, de quelle sorte d'aide a-t-il besoin? _____

Votre enfant peut-il se sécher tout seul? Oui Non

Votre enfant peut-il se brosser les dents tout seul? Oui Non

Votre enfant peut-il se brosser les cheveux tout seul? Oui Non

J. Hygiène excrétrice

Votre enfant a-t-il acquis la propreté de jour? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer l'âge pour :

Urine : _____ Selles : _____

Votre enfant a-t-il acquis la propreté de nuit? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer l'âge pour :

Urine : _____ Selles : _____

Votre enfant s'essuie-t-il tout seul? Oui Non

Votre enfant se lève-t-il la nuit pour aller à la toilette? Oui Non

K. Habillage

Votre enfant peut-il s'habiller/se déshabiller tout seul? Oui Non

Si non, précisez : _____

Votre enfant trouve-t-il difficile de bien orienter son linge pour pouvoir l'enfiler? Oui Non

Votre enfant met-il parfois son chandail ou ses pantalons à l'envers? Oui Non

Votre enfant peut-il attacher des boutons? Oui Non

Votre enfant peut-il attacher des fermetures éclair? Oui Non

Votre enfant peut-il attacher ses lacets (faire des boucles)? Oui Non

Votre enfant peut-il mettre ses souliers? Oui Non

Votre enfant met-il ses souliers dans le bon pied de façon constante? Oui Non

L. Activités

Votre enfant a-t-il des responsabilités dans la maison? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Coloriage

Votre enfant colorie-t-il à l'intérieur des lignes? Oui Non

Votre enfant colorie-t-il la plupart de la surface? Oui Non

Votre enfant met-il beaucoup de pression sur le crayon? Oui Non

Votre enfant utilise-t-il toujours la même couleur? Oui Non

Votre enfant colorie-t-il aussi bien qu'un autre enfant du même âge? Oui Non

Votre enfant aime-t-il le coloriage? Oui Non

Bricolage

Votre enfant a-t-il de la difficulté à suivre toutes les étapes ou à s'organiser? Oui Non

Votre enfant bricole-t-il aussi bien qu'un autre enfant du même âge? Oui Non

Votre enfant aime-t-il le bricolage? Oui Non

Écriture

Votre enfant tient-il bien son crayon? Oui Non

Est-ce que son travail est bien organisé sur la page? Oui Non

Votre enfant écrit-il de façon lisible? Oui Non

Votre enfant écrit-il assez rapidement pour suivre le reste de la classe? Oui Non

Organisation

Votre enfant a-t-il de la difficulté à trouver ses choses (ex. cahiers, crayons)? Oui Non

M. Histoire sociale

Est-ce que votre enfant éprouve des difficultés à se séparer de vous au moment du départ (ex. garderie)?

Oui Non Si oui, comment votre enfant se comportait-il? _____

Votre enfant va-t-il vers les autres? Oui Non

Votre enfant a-t-il des amis préférés? Oui Non

Votre enfant préfère jouer avec des enfants :

De son âge Plus jeunes Plus vieux Il/elle préfère jouer seul

Votre enfant est-il souvent en conflit avec les autres enfants? Oui Non

Votre enfant est-il souvent en conflit avec les adultes en position d'autorité? Oui Non

Votre enfant respecte-t-il les consignes? Oui Non

Comment votre enfant se comporte-t-il avec ses frères/sœurs? (passez à la question suivante si votre enfant n'a pas de frères et sœurs) : _____

Comment votre enfant s'entend-il avec ses pairs? _____

Comment votre enfant réagit-il en situation de conflits? _____

Décrivez le tempérament/comportement de votre enfant : _____

Quels sont les loisirs sédentaires préférés de votre enfant? _____

Combien de temps par jour votre enfant passe-t-il devant un écran (ex. tablette, téléphone, télévision?)

Décrivez les meilleurs attributs et qualités de votre enfant: _____

Comment votre enfant réagit-il à de nouvelles situations? _____

Quels sont les meilleurs types de mesures correctives à utiliser avec votre enfant? _____

Comment votre enfant réagit-il à la correction? _____

Comment votre enfant est-il le mieux réconforté? _____

Quelles sont les activités que votre enfant n'aime pas? _____

Votre enfant participe-t-il à des activités organisées (ex. Équipe sportive) Oui Non

En moyenne, quel pourcentage du temps se conforme-t-il éventuellement aux commandes initiales?

1-25%

50-75%

25-50%

75-100%

Dans quelle mesure êtes-vous et votre conjoint compatible avec le respect des stratégies disciplinaires?

1-25%

50-75%

25-50%

75-100%

Quel est le pourcentage d'implication parentale?

Père:

Mère:

Famille élargie:

Quelle heure de la journée est la plus difficile pour votre enfant?

Matin

Après-midis

Soir

Nuit

Décrivez et indiquez à quelle heure de la journée votre enfant est le plus réactif, productif et heureux?

Matin

Après-midis

Soir

Nuit

Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un de ces événements anxiogènes s'est produit?

Parents divorcés ou séparés Accident ou maladie dans la famille Déménagé Traumatisme

Un décès dans la famille Changement d'école ou de garderie Problèmes financiers

Quelles activités faites-vous en famille?

Décrivez une fin de semaine typique :

Décrivez un jour de semaine typique:

Sélectionnez les compétences d'apprentissage socio-émotionnel (intelligence émotionnelle) sur lesquelles votre enfant a besoin de travailler?

Conscience de soi: Reconnaître ses émotions et ses pensées et leur influence Oui Non

sur le comportement.

Aptitudes à la décision: Faire des choix constructifs et respectueux concernant le comportement personnel et les interactions sociales. Oui Non

Autogestion: Gérer efficacement ses émotions, ses pensées et ses comportements dans des situations variées. Oui Non

Prise de conscience sociale: Comprendre les normes sociales et éthiques. Oui Non

Compétences relationnelles: établir et maintenir des relations saines et enrichissantes avec divers individus et groupes. Oui Non

N. Histoire scolaire

Garderie/École : _____ Année : _____

CPE Garderie privée Garderie en milieu familial

Adresse de l'établissement : _____

Numéro de téléphone : _____

Éducatrice/enseignante : _____

Quelles sont les inquiétudes de l'éducatrice/enseignante de l'enfant? _____

Si votre enfant est d'âge préscolaire :

À quel âge votre enfant a-t-il commencé à fréquenter sa garderie actuelle : _____

Si la garderie actuelle n'est pas le premier milieu de garde, à quel âge votre enfant a-t-il commencé à fréquenter sa première garderie : _____

Si la garderie actuelle n'est pas le premier milieu de garde, pourquoi avez-vous changé? _____

Combien de jours par semaine votre enfant va-t-il/allait-il à la garderie? _____

À quelle heure votre enfant est-il amené à l'école et à quelle heure allez-vous le chercher? AM: _____ PM: _____

Veillez résumer, pour chacun des niveaux scolaires suivants, les forces et les difficultés de votre enfant en ce qui concerne les habiletés académiques (apprentissages), à la régulation émotionnelle, à son comportement, à son langage et à ses habiletés sociales.

Garderie : _____

Maternelle : _____

Premier cycle (1^{re} et 2^e année) : _____

Deuxième cycle (3^e et 4^e année) : _____

Troisième cycle (5^e et 6^e année) : _____

Votre enfant a-t-il déjà repris une année scolaire? Si oui, laquelle? _____

Votre enfant a-t-il des mesures d'adaptation scolaire? Oui Non

Plan d'intervention Technicienne en éducation spécialisée (TES)

Logiciels technologiques Autre : _____

1/3 de temps supplémentaire en situation d'examen

Qui aide votre enfant à faire ses devoirs? _____

Combien de temps dure la période des devoirs? _____

O. Histoire médicale

Médecin de famille / Pédiatre : _____

Adresse de la clinique : _____

Numéro de téléphone : _____

De façon générale, votre enfant est-il en bonne santé? Oui Non

Si vous avez répondu non, quels sont les problèmes? _____

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé? Oui Non

Si oui, quand et pourquoi? _____

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique? (ex. asthme, diabète) _____

Votre enfant prend-il une médication? Oui Non

Si oui, quelle est la médication et le dosage? _____

Votre enfant a-t-il des allergies? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il déjà complété un examen de la vue? Oui Non

Les résultats étaient-ils normaux? Oui Non

Si non, quel était le problème?

Astigmatisme Myopie Hypermétropie Strabisme Cécité Autre

Votre enfant a-t-il déjà complété un examen auditif? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente,

À quel âge? _____ À quel endroit? _____

Les résultats étaient-ils normaux? Oui Non

Si non, quels étaient les résultats? _____

Votre enfant a-t-il déjà fait des otites? Oui Non

Si oui, à quel âge, et environ combien? _____

Votre enfant a-t-il eu une myringotomie avec pose de drains transtympaniques? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà consulté d'autres spécialistes ou professionnels de la santé?

Orthophonie _____

ORL _____

Ergothérapie _____

Pédopsychiatrie _____

Audiologie _____

Neurologie _____

Psychologie _____

Autre : _____

Avez-vous bénéficié des services suivants?

CLSC

CRDI

Travail social

Quelle est votre préoccupation principale?

Maison?

Oui Non

École?

Oui Non

Autre? Réunions sociales, activités organisées ou non organisées

Oui Non

Depuis combien de temps avez-vous
cette préoccupation?

- 3 mois 3 à 6 mois 6 à 12 mois 1 à 2ans+

Quelles sont vos attentes envers le suivi en neuropsychologie, psychologie, ergothérapie, psychoéducation ou psychopédagogie?

Veillez fournir toute information supplémentaire non mentionnée qui pourrait être utile à l'évaluation et au traitement de votre enfant ou qui pourrait aider à mieux comprendre les besoins actuels de votre enfant.

***** SVP nous faire parvenir une copie de tous les rapports en votre possession *****

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

Personne qui a complété ce questionnaire : _____ Lien avec l'enfant : _____

Signature : _____ Date : _____