



\*\*\* CONFIDENTIEL \*\*\*

**QUESTIONNAIRE D'HISTORIQUE DÉVELOPPEMENTAL**  
**Enfants & Adolescents**

Ci-dessous figurent une série de questions concernant l'historique développementale 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. Il est possible que des questionnaires additionnels vous soient remis afin d'être complétés lors de votre premier rendez-vous. Toutes questions concernant le contenu de ce questionnaire peuvent être posées lors de votre premier rendez-vous chez Agoo. Veuillez apporter le questionnaire complété à votre premier rendez-vous ou retournez-le par la poste avant 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'évaluation antérieurs.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT			
Prénom:		Nom de famille:	
Age:	Date de naissance:	Sexe:	
Lieu de naissance:		Date d'arrivée au Canada (si applicable):	
Langue maternelle:	Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre: _____		
Langue parlée à la maison:	Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre: _____		
Langue parlée à l'école:	Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre: _____		
Adresse actuelle:			



<b>INFORMATION SUR LA FAMILLE</b>	
<b>Nom complet de la mère:</b>	<b>Age:</b>
<b>Lieu de naissance:</b>	<b>Date d'arrivée au Canada (si applicable):</b>
<b>Langue(s) parlée(s):</b>	
<b>Plus au niveau d'éducation complété:</b>	<b>Occupation:</b>
<b>Adresse actuelle (si différente de l'enfant):</b>	
<b>Téléphone: Maison: (    )</b>	<b>Autre: (    )</b>

<b>Nom complet du père:</b>	<b>Age:</b>
<b>Lieu de naissance:</b>	<b>Date d'arrivée au Canada (si applicable):</b>
<b>Langue(s) parlée(s):</b>	
<b>Plus au niveau d'éducation complété:</b>	<b>Occupation:</b>
<b>Adresse actuelle (si différente de l'enfant):</b>	
<b>Téléphone: Maison: (    )</b>	<b>Autre: (    )</b>
<b>État civil des parents:</b> Mariés <input type="checkbox"/> Conjointes de fait <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/>	

<b>FRÈRES/SOEURS</b>		
<b>Prénom:</b>		<b>Nom de famille:</b>
<b>Age:</b>	<b>Sexe:</b>	<b>Lieu de naissance:</b>
<b>Plus haut niveau d'éducation complété:</b>		<b>Occupation:</b>
<b>Difficultés scolaires/académiques:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:		
<b>Troubles de comportement:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:		
<b>Problèmes de santé:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:		
<b>Problèmes de santé mentale:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:		

<b>Prénom:</b>		<b>Nom de famille:</b>
<b>Age:</b>	<b>Sexe:</b>	<b>Age:</b>
<b>Plus haut niveau d'éducation complété:</b>		<b>Occupation:</b>
<b>Difficultés scolaires/académiques:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:		
<b>Troubles de comportement:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:		
<b>Problèmes de santé:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:		
<b>Problèmes de santé mentale:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:		



<b>Prénom:</b>		<b>Nom de famille:</b>	
<b>Age:</b>	<b>Sexe:</b>		<b>Age:</b>
<b>Plus haut niveau d'éducation complété:</b>			<b>Occupation:</b>
<b>Difficultés scolaires/académiques:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:			
<b>Troubles de comportement:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:			
<b>Problèmes de santé:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:			
<b>Problèmes de santé mentale:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:			

<b>Prénom:</b>		<b>Nom de famille:</b>	
<b>Age:</b>	<b>Sexe:</b>		<b>Age:</b>
<b>Plus haut niveau d'éducation complété:</b>			<b>Occupation:</b>
<b>Difficultés scolaires/académiques:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:			
<b>Troubles de comportement:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:			
<b>Problèmes de santé:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:			
<b>Problèmes de santé mentale:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer:			



**HISTORIQUE FAMILIAL**

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

Veillez décrire la situation familiale de l'enfant (Qui vit avec l'enfant? La séparation des parents? Détails de la garde partagée? Demi-frères/sœurs? Etc.)

---

---

---

---

---

L'enfant a-t-il des croyances religieuses? Oui  Non

Si oui, qu'elle religion pratique l'enfant? \_\_\_\_\_

Si vous enfant est né ou a vécu à l'étranger pour une partie de sa vie, veuillez décrire sa vie avant son arrivée au Canada (Combien de temps a-t-il vécu à l'étranger? Comment étaient les conditions de vie? Comment passait-il/elle son temps? Etc.)

---

---

Est-ce que votre famille partage des croyances ou valeurs culturelles importantes qui pourraient nous aider à mieux comprendre la réalité de votre enfant?

---

---

Veillez indiquer si un membre de la famille de votre enfant (parents, frères/sœurs, tantes/oncles, cousins, grands-parents) souffre ou a souffert des problèmes suivants:

		Quel membre de la famille en souffre?	Un traitement a-t-il été reçu?	Si oui, quel type de traitement?
Inattention	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Hyperactivité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Trouble d'apprentissage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Déficience intellectuelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Trouble envahissant du développement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Dépression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Anxiété	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Trouble de comportement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Problème d'alimentation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Trouble du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Douleur chronique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Obésité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Hypertension	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Alcoolisme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Abus de drogue	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Problème avec la justice	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Mort précoce (avant l'âge de 40 ans)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autre:	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

### **HISTORIQUE PRENATAL**

Comment était votre santé (ou celle de la mère de l'enfant) durant la grossesse?

- Bonne     Passable     Pauvre     Ne sais pas

Avez-vous (ou sa mère) atteint d'une maladie ou eu des complications au cours de la grossesse avec cet enfant?

Oui  Non

Veillez expliquer: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Quel âge aviez-vous (ou la mère de l'enfant) au moment de la naissance? \_\_\_\_\_

Est-ce que la grossesse était: Planifiée  ou Non planifiée

Voulue  ou Non voulue

Savez-vous si une ou plusieurs de ces substances ou médicaments ont été consommées au cours de la grossesse?

		Combien de fois ou à quelle fréquence?
Bière ou vin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres liqueurs dures (Rhum, vodka)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Café ou autre produit caféiné (Coke)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Cigarettes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Drogues (Marijuana, cocaïne, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Valium (Librium, Xanax)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tranquillisants	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Anti-convulseurs (Dilantin)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Antibiotiques (pour infection virale)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Pilules pour dormir	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autre:	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Y a-t-il eu des complications au cours du travail ou de l'accouchement?  Oui  Non

Veillez expliquer: \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu des signes de détresse fœtale au cours du travail ou de l'accouchement?

Oui  Non  Ne sais pas

Votre enfant est né à combien de semaine de gestation? \_\_\_\_\_





Bébé, comment se comportait votre enfant avec les autres?

- Plus social que la moyenne     Sociabilité moyenne     Moins social que la moyenne

Lorsque votre enfant désirait quelque chose, jusqu'à quel point était-il insistant?

- Très insistant     Plutôt insistant     Moyen     Peu insistant     Pas insistant

Bébé et en bas âge, comment évalueriez-vous le niveau d'activité de votre enfant?

- Très actif     Actif     Moyen     Peu actif     Pas actif

**JALONS DEVELOPMENTAUX**

Veillez indiquer l'âge auquel votre enfant a acquis les habiletés suivantes (Veillez indiquer le nombre de mois, si possible).

S'asseoir seul:	
Ramper (marcher à quatre pattes):	
Marcher sans appui:	
Dire ses premiers mots (autre que mama ou dada):	
Utiliser des phrases de deux mots ou plus:	
Utiliser des phrases complètes pour décrire des événements/activités:	
Propreté (urine):	
Propreté (selles):	
Propreté la nuit:	

Environ combien de temps votre enfant a-t-il prit pour apprendre la propreté du début à la fin? \_\_\_\_\_

Comparativement à d'autres enfants du même âge, votre enfant a-t-il présenté des difficultés dans les:

Habilités motrices globales (p.ex., courir, sauter, lancer, monter à bicyclette)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Habilités motrices fines (p.ex., boutonner, lacer, dessiner, découper)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Habilités préscolaires (p.ex., nommer les couleurs, l'alphabet, les formes)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Demeurer assis pour écouter une histoire ou regarder un film	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Jouer ou socialiser avec d'autres enfants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Votre enfant comprend-t-il le sens des limites?  Oui  Non

Votre enfant comprend-t-il le sens du danger?  Oui  Non

Avez-vous des inquiétudes par rapport à la capacité de votre enfant à prendre soins de lui-même, de se nourrir, de s'habiller ou de se laver?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_

### **HISTORIQUE SOCIAL**

Est-ce que votre enfant a éprouvé de la difficulté à se séparer de vous au moment de votre départ (p.ex., à la garderie)?  Oui  Non Si oui, jusqu'à quel âge? \_\_\_\_\_

Votre enfant préfère jouer avec des enfants:

De son âge  Plus jeune que lui  Plus vieux que lui

Combien d'heures par semaine votre enfant a-t-il l'occasion de jouer avec d'autres enfants? \_\_\_\_\_

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

Il est enfant unique  Mieux que la moyenne  Dans la moyenne  Pire que la moyenne

Comment votre enfant s'entend-il avec ses paires?

Mieux que la moyenne  Dans la moyenne  Pire que la moyenne  Ne sait pas

En moyenne, combien de temps durent les amitiés de votre enfant?

Moins de 6 mois  6 mois - 1 an  Plus d'un an  Ne sais pas



Veillez indiquer si votre enfant ou votre famille a subi des événements particulièrement traumatiques ou stressants, et noter quand ces événements se sont produits.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déménagement: _____       | <input type="checkbox"/> Abus physique/sexuel: _____           |
| <input type="checkbox"/> Harcèlement: _____        | <input type="checkbox"/> Divorce/séparation des parents: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pauvreté: _____           | <input type="checkbox"/> Recomposition familiale: _____        |
| <input type="checkbox"/> Décès d'un parent: _____  | <input type="checkbox"/> Autre mortalité: _____                |
| <input type="checkbox"/> Perte d'emploi: _____     | <input type="checkbox"/> Violence/Guerre: _____                |
| <input type="checkbox"/> Début de l'école: _____   | <input type="checkbox"/> Naissance de frère/sœur: _____        |
| <input type="checkbox"/> Maladie: _____            | <input type="checkbox"/> Autre: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Changement d'école: _____ | _____  |

**HISTORIQUE SCOLAIRE**

ÉCOLE: \_\_\_\_\_ ANNÉE: \_\_\_\_\_

ADRESSE DE L'ÉCOLE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE DE L'ÉCOLE: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

PROFESSEUR: \_\_\_\_\_

CONSEILLER SCOLAIRE/ORIENTEUR: \_\_\_\_\_

Quand votre enfant a-t-il commencé à fréquenter son école actuelle? \_\_\_\_\_  
Combien d'écoles a-t-il fréquenté antérieurement? \_\_\_\_\_

Veillez résumer le rendement scolaire général de votre enfant pour chacun des niveaux scolaires suivants. Veillez décrire les forces et les difficultés de votre enfant en ce qui attrait à ses habiletés académique, la régulation émotionnelle, son comportement et ses habiletés sociales.

Garderie/Prématernelle

---

---

Maternelle

---

---

1<sup>ère</sup> à 3<sup>ième</sup> année

---

---

4<sup>ième</sup> à 6<sup>ième</sup> année

---

---

Secondaire 1 à 4

---

---

Votre enfant a-t-il déjà été à un programme d'éducation spéciale, et, si oui, pour combien de temps?

- Classe pour troubles d'apprentissage                      Durée: \_\_\_\_\_
- Classe pour trouble du comportement                      Durée: \_\_\_\_\_
- Orthophonie                      Durée: \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez spécifier): \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà reçu des accommodements scolaires, et, si oui, veuillez expliquer?

- Modification des échéanciers \_\_\_\_\_
- Logiciels technologiques: \_\_\_\_\_
- Éducatrice: \_\_\_\_\_
- Plan d'éducation individualisé: \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez spécifier): \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà été (veuillez décrire la raison et donner quelques détails):

- Suspendu de l'école: \_\_\_\_\_ Nombre de suspensions: \_\_\_\_\_
- Expulsé de l'école: \_\_\_\_\_ Nombre d'expulsions: \_\_\_\_\_
- Failli/Retenu pour une année: \_\_\_\_\_ Nombre de retenues: \_\_\_\_\_
- Sauté/Accélééré pour une année: \_\_\_\_\_ Nombre d'accéléérations: \_\_\_\_\_

Est-ce que d'autres modifications éducationnelles ont été essayées?  Oui  Non

Si oui, veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Êtes-vous préoccupé(e) par le progrès de votre enfant dans l'une ou plusieurs des domaines académiques suivants?

- Lecture  Écriture  Mathématiques  Autre: \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il de problème de communication ou de traitement auditif?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il de dyslexie ou de problèmes de traitement visuel?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des difficultés avec la résolution de problème ou la compréhension?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_

Lorsqu'il retourne à la maison après l'école, votre enfant est:

- Fatigué  Agité  Se plaint de maux de tête  Autre: \_\_\_\_\_

Qui aide votre enfant à compléter ses devoirs? \_\_\_\_\_

Combien de temps votre enfant passe-t-il à faire des devoirs le soir? \_\_\_\_\_

Est-ce difficile pour votre enfant de compléter ses devoirs?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_

**HISTORIQUE MÉDICAL:**

MÉDECIN DE FAMILLE/PÉDIATRE: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Comment décrieriez-vous l'état de santé de votre enfant?

 Très bon  Bon  Passable  Pauvre  Très pauvre

Quand votre enfant a-t-il eu son dernier examen médical? \_\_\_\_\_

Quels étaient les résultats de son dernier examen médical?

 Normaux  Problème de santé: \_\_\_\_\_  Nouveau diagnostique: \_\_\_\_\_

Médication actuelle et dosage:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Votre enfant a-t-il déjà complété un examen de la vue?  Oui  Non Quand? \_\_\_\_\_Les résultats étaient-ils normaux?  Oui  Non

Si non, quel était le problème:

 Astigmatisme  Myopie  Hypermétropie  Strabisme  Cécité  AutreVotre enfant a-t-il déjà complété un test auditif?  Oui  Non Quand? \_\_\_\_\_Les résultats étaient-ils normaux?  Oui  Non

Si non, quel était le problème: \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'un problème de santé chronique (p.ex., asthme, diabète, problème cardiaque)?

 Oui  Non

Si oui, veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Quand a-t-il commencé à souffrir de problème de santé chronique? \_\_\_\_\_

Laquelle ou lesquelles des maladies suivantes a eu votre enfant?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oreillons    | <input type="checkbox"/> Pneumonie      |
| <input type="checkbox"/> Varicelle    | <input type="checkbox"/> Encéphalite    |
| <input type="checkbox"/> Rougeole     | <input type="checkbox"/> Otite          |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche   | <input type="checkbox"/> Empoisonnement |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine   | <input type="checkbox"/> Convulsions    |
| <input type="checkbox"/> Autre: _____ |   |

Votre enfant a-t-il déjà eu un accident duquel est survenu une ou plusieurs des blessures suivantes? Veuillez indiquer quand est survenu la blessure (année) et la cause de celle-ci.

- Fracture: \_\_\_\_\_
- Lacérations sévères: \_\_\_\_\_
- Blessure à la tête/Traumatisme crânien: \_\_\_\_\_
- Estomac pompé: \_\_\_\_\_
- Blessure aux yeux: \_\_\_\_\_
- Points de suture: \_\_\_\_\_
- Autre: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou été hospitalisé?  Oui  Non

Si oui, quand: \_\_\_\_\_ Hôpital: \_\_\_\_\_

Durée de l'hospitalisation: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà subi une deuxième intervention chirurgicale ou été hospitalisé?  Oui  Non

Si oui, quand: \_\_\_\_\_ Hôpital: \_\_\_\_\_

Durée de l'hospitalisation: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà subi une troisième intervention chirurgicale ou été hospitalisé?  Oui  Non

Si oui, quand: \_\_\_\_\_ Hôpital: \_\_\_\_\_

Durée de l'hospitalisation: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

Est-ce que vous soupçonné votre enfant de consommer de l'alcool ou des substances illégales (incluant de la marijuana)?  Oui  Non

À quelle fréquence votre enfant consommé-t-il des produits caféinés (incluant boissons gazeuses, chocolat)? \_\_\_\_\_

Comment décrieriez-vous l'appétit de votre enfant?

Mange en excès    Dans la moyenne    Ne mange pas assez

Votre enfant souffre-t-il de troubles du sommeil?  Oui    Non

Comment décrieriez-vous le sommeil de votre enfant?

Agité    Profond    Difficulté à s'endormir    Parle dans son sommeil    Somnambule  
 Peur du noir    Se réveille souvent    Cauchemars/Terreurs nocturnes    Ronfle    Autre

Est-ce que votre enfant a des problèmes d'énurésie (pipi au lit) la nuit?  Oui    Non

Si oui, à quelle fréquence urine-t-il au lit? \_\_\_\_\_ Si oui, a-t-il déjà été continent?  Oui    Non

En moyenne, la semaine, votre enfant se réveille à \_\_\_\_\_h et se couche à \_\_\_\_\_h.

Les fins de semaine, votre enfant se réveille à \_\_\_\_\_h et se couche à \_\_\_\_\_h.

Combien de temps votre enfant prend-t-il à s'endormir? \_\_\_\_\_

Lorsqu'il se réveille le matin, votre enfant a-t-il l'air bien reposé?  Oui    Non

Est-ce que votre enfant partage sa chambre?  Oui    Non   Si oui, avec qui? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant dort parfois avec vous?  Oui    Non   Si oui, à quelle fréquence? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant reçoit présentement ou a déjà bénéficié des services suivants:

Psychiatrie:  Oui    Non

Nom du Psychiatre: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

Durée du traitement (dates de début et de la fin): \_\_\_\_\_

Motif et résultats: \_\_\_\_\_

Psychologie:  Oui    Non

Nom du Psychologue: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

Durée du traitement (dates de début et de la fin): \_\_\_\_\_

Motif et résultats: \_\_\_\_\_



Orthophonie:  Oui  Non

Nom du thérapeute: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

Durée du traitement (dates de début et de la fin): \_\_\_\_\_

Motif et résultats: \_\_\_\_\_

Ergothérapie:  Oui  Non

Nom du Thérapeute: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

Durée du traitement (dates de début et de la fin): \_\_\_\_\_

Motif et résultats: \_\_\_\_\_

Travail social:  Oui  Non

Nom du Travailleur social: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

Durée du traitement (dates de début et de la fin): \_\_\_\_\_

Motif et résultats: \_\_\_\_\_

Psychothérapie individuelle:  Oui  Non Durée de la thérapie: \_\_\_\_\_

Psychothérapie de groupe:  Oui  Non Durée de la thérapie: \_\_\_\_\_

Thérapie familiale avec l'enfant:  Oui  Non Durée de la thérapie: \_\_\_\_\_

Évaluation psychiatrique:  Oui  Non Type d'évaluation: \_\_\_\_\_

Traitement résidentiel:  Oui  Non Durée du placement: \_\_\_\_\_

### **NATURE DES DIFFICULTÉS ACTUELLES**

Veillez identifier la nature des difficultés actuelles de votre enfant parmi la liste suivante. Notez que des difficultés pourraient être présentes dans plus d'un domaine.

- Développement moteur (habiletés motrices fine et globale)
- Habiletés sociales (p.ex., compréhension et expression des émotions, maintien des amitiés, harcèlement)
- Compétences académiques (p.ex., lecture, écriture, mathématiques)

- Attention/Concentration
- Développement du langage (p.ex., vocabulaire, compréhension, prononciation)
- Comportement/Respect de l'autorité (p.ex., défiance, agressivité, hyperactivité)
- Humeur (anxiété, dépression, estime de soi)
- Santé (p.ex., peur des aiguilles, prise de médicaments, constipation, conformité au traitement Médical, obésité)
- Autre: \_\_\_\_\_

Veillez décrire les difficultés actuelles de votre enfant telles qu'identifiées ci-dessus. Soyez aussi détaillé que possible (Présentation des difficultés? Quand les difficultés ont-elles commencé? Quelle est la sévérité des difficultés? Quelles sphères de la vie de votre enfant sont affectées par ses difficultés? Etc.).

---

---

---

---

---

---

---

---

Votre enfant reçoit-il présentement ou a-t-il déjà reçu une assistance/traitement pour les difficultés décrites ci-dessus?

---

---

---

Quel type de service(s) espérez-vous recevoir pour les difficultés actuelles de votre enfant?

- Psychoéducation (Je veux comprendre les difficultés de mon enfant)
- Évaluation (Je veux que les difficultés de mon enfant soient évaluées afin de recevoir des recommandations spécifiques sur la façon dont moi et les autres pouvons aider mon enfant)
- Thérapie (Je veux traiter les difficultés de mon enfant)

Quel sont les résultats souhaités pour la psychoéducation, la thérapie ou l'évaluation? Quels changements voulez-vous voir?

---



---



---

Quelles stratégies ont été mises en œuvre pour résoudre ces problèmes ou atteindre ces objectifs?

	Essayé?	Est-ce que ça a fonctionné?
Réprimandes verbales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Temps morts (isolation)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Retrait des privilèges	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Récompenses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Punitions physiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Se plier aux désirs de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Éviter l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Crier	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Expliquer/Parler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dans quelle mesure vous et votre conjoint êtes conformes à vos stratégies disciplinaires?

- La plupart du temps  Parfois  Presque jamais

Est-ce que vous et votre conjoint partagé une approche parentale similaire?  Oui  Non

Veillez expliquer: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_