

Questionnaire développemental

NEURO-PSYCHOLOGIE/PSYCHOLOGIE/ ERGOTHERAPIE/PSYCHOÉDUCATION

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'évaluation antérieurs**.

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 moteur 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 Conjointes 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 (parents, frères/sœurs, grands-parents, oncles/tantes, cousins/cousines) :

Retard/trouble de langage

Déficience intellectuelle

Bégaïement

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 : _____

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 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?

Des gestes (pointer, tirer, etc.)

Des sons (grognements, cris)

Des mots isolés

Des combinaisons de 2 mots

Phrases courtes d'environ 3 mots

Phrases simples de 4+ mots

Phrases complètes et complexes

F. 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? _____

Y a-t-il d'autres particularités en lien avec le sommeil? Oui Non

Si oui, précisez : _____

G. Alimentation

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

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

Votre enfant accepte-t-il/a-t-il bien 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 cuiller? 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

Y a-t-il 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

H. 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

I. 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

J. 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

K. 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

L. 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?) _____

Quelles sont les activités préférées de votre enfant? _____

Votre enfant participe-t-il à des activités organisées (ex. équipes, scout)? Oui Non

Quelles sont les activités que votre enfant aime le moins? _____

M. 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? _____

Quelle est la langue d'enseignement de la garderie/école? _____

Veillez résumer, pour chacun des niveaux scolaires suivants, les forces et les difficultés de votre enfant en ce qui a trait aux 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? _____

N. 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 tubes transtympaniques? Oui Non

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

Orthophonie _____ ORL _____

Ergothérapie _____ Pédiopsychiatrie _____

Audiologie _____

Neurologie _____

Psychologie _____

Autre : _____

Avez-vous bénéficié des services suivants?

CLSC

CRDI

Travail social

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

Quelles sont vos attentes envers le suivi en ergothérapie?

Veuillez fournir toute information supplémentaire non mentionnée qui pourrait être utile à l'évaluation et au traitement de votre enfant, 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 : _____