

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'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 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

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 : _____

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.

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? _____

F. 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 _____ Pédopsychiatrie _____

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 physiothérapie?

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 : _____