

Anamnèse SCOLAIRE

Afin de mieux intervenir auprès de votre enfant, nous vous invitons à remplir le questionnaire suivant portant sur son développement général. 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 : _____

IDENTIFICATION

AAAA-MM-JJ

NOM, prénom (enfant) : _____

Date de naissance : | | | | - | | | - | | |

NOM, prénom (parent 1) : _____

NOM, prénom (parent 2) : _____

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 :

Par voies naturelles :

Par césarienne :

Commentaires :

Poids à la naissance : _____

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

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? Date de(s) test(s) : _____ Non Oui Si oui : _____
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 du spectre de l'autisme : Non Oui _____ Antécédents familiaux d'épilepsie : Non Oui _____

Commotion(s) cérébrale(s) : Non Oui _____ Évaluation du potentiel intellectuel : Non Oui _____

Évaluation en
ergothérapie : Non Oui _____

Traumatisme
crânien : Non Oui _____

Allergies : 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 FAMILIALE ET SOCIALE

Situation familiale : famille traditionnelle famille reconstituée famille monoparentale

Quelle est votre profession, celle de votre conjoint(e) et/ou de l'autre parent de l'enfant et le degré de scolarité le plus élevé que vous avez 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 : _____

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 évènement 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 SCOLAIRE

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

Nom de l'école présentement fréquentée : _____

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 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.) _____

QUESTIONS À POSER À L'ENFANT

Quelle est ta matière préférée à l'école? _____

Quelle est celle que tu préfères le moins? _____

Pourquoi? _____

Comment tu procèdes quand tu écris?

Tu vois le mot écrit dans ta tête

Tu te dis le mot dans ta tête ou tout bas

Tu penses à des mots qui ressemblent à celui que tu dois écrire

Ces informations nous seront très utiles.
Merci d'avoir pris le temps d'y répondre!

Signature du parent : _____ Date : _____

Signature de l'orthophoniste : _____ Date : _____