



Anamnèse scolaire adolescents (13 ans et plus) - adultes

Date :

NOM, prénom (enfant) : _____	Date de naissance : JJ-MM-AAA - _____
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 : _____	
<small>No civique, Rue, Ville, Code postal</small>	
Adresse courriel : _____	

Motif de consultation

En prévision de l'évaluation, merci d'apporter les documents suivants : copie du dernier relevé de notes, rapports antérieurs orthophoniques ou réalisés par d'autres professionnels (neuropsychologie/psychologie, ergothérapeute, etc.), travaux scolaires qui démontrent les difficultés, plus récent plan d'intervention scolaire.

Les questions suivantes visent à dépister de possibles difficultés qui pourraient fournir des informations pertinentes pour mieux comprendre la problématique actuelle et pour guider nos recommandations, le cas échéant.

Histoire médicale/développementale

Particularités médicales depuis la naissance

	Oui	Non	Précisions / dates approximatives
Commotions / blessures à la tête			
Otites / mal d'oreilles récurrents			
Consultation en ORL			Raison :
Audition testée en audiologie			Résultats : Âge approximatif du test:
Pose de tubes transtympaniques (ORL)			Âge approximatif :
Demandes fréquentes de répéter ou inquiétudes quant à l'audition			
Port de lunettes			Problématique :
Examen visuo-perceptivo-moteur (optométrie)			<i>*NB Cet examen n'est pas inclus dans les examens de base et est parfois recommandé dans le cadre de difficultés en lecture.</i>
Prise de médicaments sur une base régulière en lien avec les apprentissages			

Langage oral et écrit

Au meilleur de vos connaissances, veuillez préciser l'âge :

Premiers mots : _____ Deux mots de suite (ex. : encore jus) _____

Premières phrases _____

Y a-t-il eu des préoccupations par le passé / avez-vous actuellement des préoccupations en lien avec :

- Des difficultés/un retard dans la production de certains sons (prononciation)..... Non Oui
- Le langage oral (compréhension des consignes, du vocabulaire, de l'implicite; développement du vocabulaire, construction des phrases, etc.)? Non Oui
- Le langage écrit (lecture et écriture, compréhension de texte et production de texte) Non Oui

Si oui, veuillez préciser : _____

Avez-vous de la difficulté à raconter une histoire ou un événement de façon structurée ? Non Oui

Recherchez-vous souvent vos mots (ex. utilisation de mots vagues, mots « sur le bout de la langue ») ? .. Non Oui

Avez-vous de la difficulté à comprendre les consignes de travail pour les travaux longs à l'école? Non Oui

En classe, avez-vous de la difficulté à comprendre/suivre les explications des enseignants?..... Non Oui

Si oui, veuillez préciser : _____

Suivis (actuels ou passés)

Avez-vous déjà été suivi en **orthophonie**? Non Oui

Nom de l'orthophoniste et lieu/période du suivi : _____

Raison du suivi et résultats : _____

Autres suivis	Oui	Non	Raison et résultats / dates approximatives
Psychologie / neuropsychologie			
Psychiatrie (santé mentale)			
Ergothérapie			
Neurologie (étude du système nerveux)			

- Trouble de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDA/H) : Non Oui
Si non, avez-vous des doutes quant à ses capacités attentionnelles? Non Oui
- Difficultés en lien avec les fonctions exécutives (diagnostiquées ou non)? Non Oui
Difficulté à organiser son plan de semaine, à respecter des échéanciers, à planifier en étapes un travail long, à amorcer une tâche (procrastination), à préparer des feuilles résumé d'aide à l'étude, à réviser un texte écrit, etc.
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)? Non Oui
- Anxiété (diagnostiquée ou non)? Non Oui
Perfectionnisme à l'excès, évitement des tâches qui causent un stress, pensées obsédantes, sentiment d'être constamment submergé par les choses à faire, etc.
- Difficultés motrices (motricité fine ou globale)? Non Oui
- Difficulté de sommeil? Non Oui
Respiration buccale nuit et jour, ronflement, apnée, insomnie, fatigue chronique, irritabilité, sentiment de somnolence, etc.

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions précédentes, veuillez préciser : _____

Histoire familiale et sociale

Langue(s) parlée(s) à la maison : _____

Fratrie (frères et sœurs) ainsi que leur âge : _____

Présence d'antécédents familiaux (difficultés présentes chez les membres de la famille proche ou éloignée)

	Oui	Non	Précisez au meilleur de vos connaissances
Difficultés/trouble de langage			
Bégaiement			
Difficultés scolaires			
Dyslexie / dysorthographe			
Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité			
Trouble du spectre de l'autisme			
Autres :			

Quelles sont vos plus grandes forces? _____

Quels sont vos loisirs? _____

À quelle fréquence les pratiquez-vous? _____

Quel est votre emploi étudiant si vous en avez un? _____

Combien d'heures par semaine travaillez-vous? _____

Vos relations sociales vous apparaissent-elle satisfaisantes? _____

À quelle fréquence pratiquez-vous vos loisirs?

Histoire scolaire

Nom des écoles fréquentées depuis la maternelle : _____

Programme d'étude actuel, si applicable : _____

Avez-vous déjà fait l'Épreuve uniforme de français? Non Oui Si oui, combien de fois? _____

Avez-vous déjà repris des cours que vous avez échoués? Non Oui Si oui, lesquels et combien de fois? _____

Si certaines mesures d'aide aux apprentissages sont en place/mesures d'adaptation, veuillez les indiquer et apporter une copie de la dernière version de votre plan d'intervention lors de votre rendez-vous (ex. : utilisation d'une synthèse vocale, d'un prédicteur orthographique, accès à plus de temps, etc.) _____

Quelle aide scolaire avez-vous reçue ou recevez-vous encore (orthopédagogie, aide aux devoirs, service d'aide aux étudiants, tutorat, etc.)? _____

ATTENTES PAR RAPPORT AUX SERVICES EN ORTHOPHONIE ET AUTRES RENSEIGNEMENTS QUI POURRAIENT NOUS AIDER À MIEUX VOUS AIDER :

Signature

Date : _____