

Date :

NOM, prénom (enfant) : _____

NOM, prénom (parent 1) : _____

de téléphone (maison) : _____

de téléphone (travail) : _____

de téléphone (cellulaire) : _____

Date de naissance : JJ-MM-AAA
| | | | | - | | | | |

NOM, prénom (parent 2) : _____

de téléphone (maison) : _____

de téléphone (travail) : _____

de téléphone (cellulaire) : _____

Adresse postale : _____
No civique, Rue, Ville, Code postal

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)			*NB Cet examen n'est pas inclus dans les examens de base et est parfois recommandé dans le cadre de difficultés en lecture.
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