

# Anamnèse PRÉSCOLAIRE

Chers parents, les questions suivantes visent à dépister de possibles difficultés sur le plan médical / du développement qui pourraient fournir des informations pertinentes pour mieux comprendre la problématique actuelle et pour guider nos recommandations, le cas échéant. Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire du mieux que vous le pouvez. Nous prendrons le temps de le regarder ensemble lors de notre première rencontre afin de préciser certaines réponses. Merci !

NOM, prénom (enfant) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

NOM, prénom (parent 1) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOM, prénom (parent 2) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# de téléphone (maison) : \_\_\_\_\_  
# de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_  
# de téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_

# de téléphone (maison) : \_\_\_\_\_  
# de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_  
# de téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No civique, Rue, Ville, Code postal

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

## MOTIF DE CONSULTATION EN ORTHOPHONIE

(décrivez, dans vos propres mots, les difficultés de langage de votre enfant):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTOIRE FAMILIALE

famille nucléaire

famille reconstituée

famille monoparentale

### Profession des parents

Parent 1	
Parent 2	

### Frères et sœurs

Nom	Âge	Nom	Âge

### Langue parlée

	Français	Autres
Parent 1		
Parent 2		
Enfant		
Amis de l'enfant		
Télé		
Lecture		

# NAISSANCE ET DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

## Naissance

	Oui	Non	Remarques
Né à terme (plus de 37 semaines)			
Poids à la naissance			
APGAR (3 chiffres sur 10 dans le carnet de santé)			
Dépistage de la surdité chez le nouveau-né (à l'hôpital)			Résultats :
Né par césarienne			
Blessé au cours de la naissance			
Né avec le cordon ombilical autour du cou			
A eu de la difficulté à respirer			
Était un jumeau / triplé			
A eu une infection / a eu des médicaments			
Avait besoin d'oxygène			
Avait des difficultés à téter			
Allaitement au sein			
Autres complications			
Enfant adopté			

## Développement moteur

À quel âge a-t-il / s'est-il ?	Âge approximatif	Remarques
Assis		
Marché		
Été propre de jour		
Été propre de nuit		

A-t-il besoin d'aide / éprouve-t-il des difficultés pour :	Oui	Non	Remarques
S'habiller et se déshabiller			
Marcher / sauter / courir			
Monter / descendre les escaliers			
Aller à bicyclette			
Attacher ses boutons			
Attacher sa fermeture éclair			
Attacher ses souliers			
Manipuler des crayons pour dessiner ou colorier			
Découper			
Autres :			

## Développement langagier

À quel âge a-t-il	Âge approximatif	Remarques
Babillé (ex. : babababa, papapapapa)		
Dit ses premiers mots significatifs (autres que papa / maman)		
Combiné 2 mots (ex. : papa parti)		
Utilisé des phrases complètes (ex. : je veux jouer dehors)		

A-t-il eu ou éprouve-t-il encore des difficultés pour :	Oui	Non	Remarques
Utiliser des mots pour s'exprimer (ex. : ne parle pas encore, produit seulement des gestes ou des sons)			
Prononcer les bons sons dans les mots			Sons difficiles :
Produire des phrases complètes comme les autres enfants de son âge			
Se faire comprendre par sa famille et les personnes proches			
Se faire comprendre par les personnes moins familières			
Utiliser un vocabulaire précis			
Trouver ses mots (utilisation de mots vagues comme « affaire, choses », mots « sur le bout de la langue »)			

Raconter sa journée ou une histoire			
Comprendre les mots, les consignes et les conversations			

Exemples de productions de votre enfant :

---

Qu'est ce que vous avez tenté jusqu'à maintenant pour aider votre enfant à mieux s'exprimer ?

---

#### Sommeil

	Oui	Non	Remarques
Votre enfant a-t-il un bon sommeil ?			
Apnée du sommeil			
Insomnie			
Fatigue chronique / irritabilité			

#### Alimentation

	Oui	Non	Remarques
Passage difficile des liquides aux solides			
Difficulté à mastiquer ou croquer certains aliments			
Boit beaucoup en mangeant			
Tousse en mangeant / s'étouffe en mangeant			
Mastique la bouche ouverte			
Bruit en mangeant			
Caprices / dégoût alimentaires			
Difficulté avec certaines textures			
Se salit souvent en mangeant			

#### Habitudes orales

	Oui	Non	Remarques indiquez jusqu'à quel âge (si observé antérieurement)
Habitudes de succion Suce Pouce Biberon Verre à bec / gobelet Autres (ex : sucer les doigts)			
Mordiller / lécher les lèvres ou les joues			
Se ronger les ongles			
Mordiller des objets / vêtements			
Bruxisme / claquer les dents / serrer les dents (le jour ou la nuit)			
Mauvaises habitudes orofaciales (ex : appui fréquent du visage sur la main, bras, objet)			
Mastication excessive de gomme			
Manque de contrôle de la salive			
Autres :			

#### Habitudes respiratoires

Habitudes respiratoires le jour	<input type="checkbox"/> avec la bouche ouverte <input type="checkbox"/> avec la bouche fermée	<input type="checkbox"/> avec la bouche ouverte <input type="checkbox"/> avec la bouche fermée	<input type="checkbox"/> avec la bouche parfois ouverte et parfois fermée
Habitudes respiratoires la nuit	<input type="checkbox"/> avec la bouche ouverte <input type="checkbox"/> avec la bouche fermée	<input type="checkbox"/> avec la bouche ouverte <input type="checkbox"/> avec la bouche fermée	<input type="checkbox"/> avec la bouche parfois ouverte et parfois fermée
	<input type="checkbox"/> bouche sèche au lever	<input type="checkbox"/> écoulement salivaire	<input type="checkbox"/> Ronflement
Habilité à se moucher	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Efficacité :	
Autres informations			

## HISTOIRE MÉDICALE

Particularités médicales que l'enfant a présenté depuis sa naissance

	Oui	Non	Remarques / dates
Convulsion			
Blessures à la tête			
Asthme			
Allergies			
Accident, blessures graves			
Chirurgies / hospitalisations			
Rhumes fréquents			
Otitites / mal d'oreille			
Consultation en ORL			
Pose de tubes transtympaniques (ORL)			
Ablation des amygdales (ORL)			
Ablation des végétations (ORL)			
Porte des lunettes			
Autres problèmes de santé			
Prise de médicaments sur une base régulière			

Votre enfant a-t-il été évalué ou suivi dans les domaines suivants :

	Oui	Non	Remarques / dates
Audiologie			
Neurologie (étude du système nerveux)			
Psychiatrie (santé mentale)			
Psychologie / neuropsychologie			
Naturopathie / ostéopathie			
Nutritionniste			
Orthophonie			
Ergothérapie			
Physiothérapie			
Ophthalmologie (yeux)			
Dentiste / orthodontiste			
Autres :			

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

	Oui	Non	Remarques
Difficultés de langage			
Bégaiement			
Difficultés scolaires			
Dyslexie / dysorthographe			
Déficit de l'attention			
Hyperactivité			
Trouble du spectre de l'autisme			
Autres :			

## HISTOIRE PSYCHOSOCIALE

Comment décririez-vous le tempérament et comportement de votre enfant (cochez) ? :

Sociable		Agressif / colérique	
Gêné, replié sur lui-même		Anxieux	
Très actif, facilement énervé		S'adapte facilement aux changements	
Aime participer à diverses activités		N'aime pas les changements	
Calme		Facilement distrait, concentration limitée	
Autres :			

Quels sont les **intérêts** de votre enfant, ses jeux préférés : \_\_\_\_\_

Votre enfant présente-t-il des habitudes (ex. : tics, manies faciales ou respiratoires, etc.) ou comportements particuliers qui vous inquiètent ?

Votre enfant fréquente-t-il un **milieu de garde** (CPE, milieu familial) ? Si oui, lequel (mettre les coordonnées du milieu) ?

Quel milieu votre enfant fréquentera-t'il l'an prochain (même milieu de garde, école, maternelle 4 ans, etc.) ?

---

Comment votre enfant se comporte-t-il avec les autres enfants?

---

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

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

Date : \_\_\_\_\_