

# Annexes

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX PARENTS

Date du jour	.....
Nom de l'enfant et Date de naissance	.....
Nom du renseignant et lien de parenté	.....
Adresse	..... .....
Téléphone	.....
Mail	.....

<b>1 - Histoire familiale</b>		
Langue(s) parlée(s) à la maison	.....	
Profession	Père : .....	Mère : .....
Niveau d'études	Père : .....	Mère : .....
Situation matrimoniale des parents	.....	
En cas divorce, âge de l'enfant au moment de la séparation ? .....		
L'enfant vit	Père	Mère
	Garde partagée	Famille recomposée
L'enfant est-il adopté ?	oui	non
Est-il en famille d'accueil ?	oui	non
Avez-vous d'autres enfants ?	oui	non
Si oui, inscrivez le nom et l'âge :	.....	
.....	.....	
.....	.....	

**2 – Motif de consultation**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3 - Histoire de la grossesse et de la naissance**

Le médecin et la mère ont-ils noté des problèmes lors :

De la grossesse	oui	non
-----------------	-----	-----

Si oui explications : .....

.....

.....

De l'accouchement	oui	non
-------------------	-----	-----

Si oui explications : .....

.....

.....

Enfant né à terme	oui	non
-------------------	-----	-----

Combien de semaines d'aménorrhée : .....

Accouchement par	Voie basse	Césarienne
------------------	------------	------------

Prise de médicament durant la grossesse	oui	non
---	-----	-----

Si oui, lesquels et pourquoi : .....

.....

.....

Consommation d'alcool	oui	non
	nombre de verres par jour : .....	

Cigarettes	oui	Non
	nombre par jour : .....	

<b>4 – Histoire médicale</b>			
L'enfant a-t-il déjà eu des convulsions ou des crises d'épilepsie ?	oui		non
Si oui	Quel âge avait-il (année et mois) ? ..... .....	En présente-t-il toujours ? ..... .....	À quelle fréquence ? ..... .....
Antécédents médicaux de l'enfant	..... .....		
Antécédents médicaux familiaux	..... .....		
L'enfant a-t-il déjà consulté en neurologie ?	oui		non
Si oui, précisez :			
Considérez-vous votre enfant comme :	Agité	Distrait	Perturbateur
L'enfant a-t-il des troubles de la vision ?	oui		non
Si oui, précisez : .....			
.....			
L'enfant a-t-il des problèmes auditifs ?	oui		non
Si oui, précisez : .....			
.....			
L'enfant a-t-il eu plusieurs infections ORL ?	oui		non
Si oui	Fréquence : .....		Quand : .....
Votre enfant présente-t-il des troubles du sommeil ?	oui		non
Si oui, précisez : .....			
.....			
Dort-il seul ?	oui		non
Lui arrive-t-il de dormir avec vous ?	oui		non
En général, la semaine	Il se lève à : .....		Il se couche à : .....
Combien de temps prend-il pour s'endormir ? .....			
Le matin, au lever, est-il en forme	oui		non
Si non, combien de temps lui faut-il pour être bien éveillé ? .....			

Votre enfant présente-t-il des troubles de l'alimentation ?	oui	non
Si oui, décrivez : .....		
Faites la liste des médicaments que prend votre enfant actuellement : .....		
.....		
.....		

### 5 – Histoire du développement

Les premiers mois à la maison, suivant la naissance ont-ils été difficiles ?	oui	non
Si oui, précisez : .....		
Au cours de la petite enfance (0-2 ans) comment qualifieriez-vous les comportements de votre enfant : .....		
.....		
Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des retards de langage ?	oui	non
À quel âge a-t-il dit :	Ses premiers mots : .....	Ses premières phrases : .....
À l'entrée en petite section était-il autonome sur le plan du langage ?	oui	non
Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des difficultés dans :		
Habiletés motrices globales (marcher, sauter, faire du vélo, etc.)	oui	non
Si oui, précisez : .....		
.....		
Habiletés fines (boutonner, lacer, découper, dessiner etc.)	oui	non
Si oui, précisez : .....		
.....		
Habiletés préscolaires : nommer les couleurs, alphabet, etc.	oui	non
Âge de la marche ?	.....	

# TDA/H CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Comparativement à d'autres enfants a-t-il déjà eu des difficultés à :			
À rester assis pour écouter une histoire ou regarder la télévision ?	oui		non
À jouer et se socialiser avec les autres enfants ?	oui		non
Se repérer dans le temps (semaine/mois, etc.)	oui		non
À quel âge a-t-il été propre	Le jour : .....	La nuit : .....	
Lui arrive-t-il encore d'avoir des « accidents » ?	oui		non
A-t-il eu des difficultés de séparation lors de départs ?	oui		non
Si oui jusqu'à quel âge ? .....			
L'enfant préfère-t-il jouer avec des enfants	Plus jeune	Plus vieux	Du même âge
L'enfant a-t-il des occasions de jouer avec des enfants de son âge ?	oui		non
L'enfant a-t-il des comportements à caractère restreint et/ou répétitif et/ou stéréotypé, des centres d'intérêt particulier, des comportements atypiques ?	oui		non
Si oui, précisez : .....			
.....			
.....			
.....			
L'enfant a-t-il suivi une psychothérapie ?	Oui		Non
Si oui, pour quelle raison : .....			
.....			
.....			
L'enfant a-t-il eu une évaluation en :			
Psychologie ?	Oui (âge ?) : .....	Non	
Orthophonie ?	Oui (âge ?) : .....	Non	
Psychomotricité ?	Oui (âge ?) : .....	Non	
Ergothérapie ?	Oui (âge ?) : .....	Non	
Orthoptie ?	Oui (âge ?) : .....	Non	
Autre ?	Oui (âge ?) : .....	Non	

Quelles en ont été les conclusions ? .....				
.....				
.....				
<b>6 – Histoire scolaire</b>				
En quelle année est-il actuellement ?		.....		
Nom de l'école		.....		
A-t-il déjà redoublé une année ?		oui	non	
Si oui, laquelle et pourquoi ? .....				
.....				
Avez-vous l'impression que votre enfant présente des troubles d'apprentissage ?		oui	non	
De quelle nature ? .....				
.....				
.....				
.....				
En quelle année ces difficultés ont-elles commencé ?				
Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'un ou l'autre de ces secteurs dans la vie quotidienne ?				
Attention	Apprendre de nouvelles connaissances	Mémoire	Développement social	
Autonomie	Motricité globale	Confiance en soi/estime de soi	Motricité fine	
Autre : .....				
Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'un ou l'autre de ces matières académiques ?				
Lecture	Écriture	Épellation	Mathématiques	Graphisme
Autre : .....				
Votre enfant reçoit-il, dans le cadre scolaire ou auprès d'un professeur particulier des cours de soutien :				
Français	oui	non	fréquence : .....	
Mathématique	oui	non	fréquence : .....	
Votre enfant est-il actuellement rééduqué en :				
Orthophonie	oui		non	
Nom du praticien	Adresse	Fréquence	Depuis	
.....	.....	.....	.....	
Psychomotricité	oui		non	

