

Nom de l'enfant : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Nom de la mère : _____

Occupation : _____

Nom du père : _____

Occupation : _____

Date de complétion du formulaire : _____

Numéro d'assurance maladie (de l'enfant) : _____

Sexe : M F Âge : _____

Date de naissance : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Téléphone au travail : _____

Courriel : _____

Téléphone au travail : _____

Par qui : _____

HISTOIRE DE DÉVELOPPEMENT

Bonjour,

Ceci est un formulaire que nous vous demandons de remplir afin de nous aider à connaître votre enfant et préparer le plus adéquatement possible l'évaluation. Il peut vous sembler long à remplir, mais il vous permettra de sauver du temps d'évaluation avec l'orthophoniste. Il est possible que certaines sections ne concernent pas la raison pour laquelle vous demandez un service en orthophonie. Nous vous demandons tout de même de lire toutes les questions et, si vous n'avez rien à nous apprendre sur certains sujets, passez simplement les questions. Remplissez ce questionnaire au meilleur de votre connaissance. L'orthophoniste reviendra peut-être sur certains détails avec vous suite à sa lecture de vos réponses. Enfin, pourriez-vous nous fournir une photo de votre enfant pour mettre dans notre dossier (ex. : photo d'école). En vous remerciant d'avance pour le temps que vous consacrerez à ce formulaire et pour la confiance que vous accordez à notre service en orthophonie.

MOTIF DE CONSULTATION

Pour quelle(s) raison(s) demandez-vous une consultation en orthophonie ? Décrivez brièvement les difficultés de votre enfant :

HISTOIRE FAMILIALE

L'enfant :

_____ vit avec ses deux parents _____ vit en garde partagée

_____ vit dans une famille reconstituée _____ vit dans une famille d'accueil

_____ vit avec un seul parent (lequel ? _____)

Autres détails (autres personnes qui vivent avec l'enfant, tel que conjoint d'un parent, autres enfants; organisation sommaire de la garde partagée, s'il y a lieu; adoption) : _____

Frères et sœurs (nom, âge) :

_____, _____
_____, _____
_____, _____

_____, _____
_____, _____
_____, _____

_____, _____
_____, _____
_____, _____

Difficultés de langage ou d'apprentissage dans la famille (si oui, précisez qui : mère, père, frère, sœur, oncle, tante, cousin...) :

difficultés de langage : _____
 TDA/H : _____
 difficultés d'apprentissage : _____
 dyslexie/dysorthographie : _____
 dyscalculie : _____
 autisme : _____
 autre : _____

Autres informations pertinentes :

HISTOIRE LINGUISTIQUE

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

Langue(s) parlée(s) à la garderie ou à l'école : _____

Si plusieurs langues parlées, laquelle est parlée la plus souvent ? _____

Quelle est la fréquence d'utilisation approximative (%) de chaque langue de votre enfant ? (ex. : français 75%, anglais 25%)

Votre enfant est-il né au Québec ? oui non

Si non, où ? _____

Depuis combien de temps vivez-vous au Québec ? _____

De quel pays êtes-vous originaire ? mère : _____ père : _____

Dans quelle langue l'enfant écoute la télévision ? _____ la radio ? _____ Youtube ? _____ les films ? _____

Quelle langue l'enfant utilise pour parler avec ses amis ? _____ la famille ? _____ son équipe de sports ? _____

L'enfant a fréquenté une garderie ou une école dans une autre langue que le français ? oui non

Si oui, précisez : _____

Autres informations pertinentes :

HISTOIRE DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

Déroulement de la grossesse : _____

Nombre de semaines de grossesse : _____

normal diabète de grossesse

complications prise de médicament

prématurité

Autres informations : _____

Déroulement de l'accouchement : _____

normal césarienne

complications forceps/ventouse

Taille du bébé : _____

Poids du bébé : _____

APGAR : _____

Autres informations : _____

Déroulement des premières journées de vie : _____

allaitement jaunisse

biberon hospitalisation

difficulté à téter

Autres informations : _____

Autres informations pertinentes :

HISTOIRE MÉDICALE

L'enfant a une bonne santé ? oui non

Si non, précisez : _____

L'enfant a fait ou fait régulièrement :

des otites des rhumes/sinusites

de l'asthme des allergies

Autres informations : _____

L'enfant a présenté ou présente des difficultés reliées :

au sommeil à l'appétit

Autres informations : _____

L'enfant a déjà eu :

un accident de l'épilepsie

des convulsions une hospitalisation

une chirurgie autre : _____

Autres informations : _____

Prend-il un médicament ? _____ oui _____ non

Si oui, précisez lequel et à quelle fréquence ? _____

Pour quel problème de santé ? _____

L'enfant a déjà été vu(e) en : (SVP, précisez en quelle année et le nom du spécialiste et/ou de l'endroit)

neurologie _____ physiothérapie _____

ergothérapie _____ ostéopathie _____

neuropsychologie _____ psychiatrie _____

psychologie (psychothérapie) _____ autres : _____

Autres informations : _____

L'enfant a reçu un diagnostic ? _____ oui _____ non

Si oui, lequel ? _____

_____ trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

_____ trouble du langage

_____ dyspraxie (difficultés reliées à la planification des mouvements)

_____ dyslexie (difficultés reliées à la lecture)

_____ dysorthographie (difficultés reliées à l'orthographe)

_____ dyscalculie (difficultés reliées aux mathématiques)

_____ autre : _____

Pouvez-vous nous fournir le(s) rapport(s) ? _____ oui _____ non

L'enfant a un problème de vision ? _____ oui _____ non

L'enfant porte des lunettes ? _____ oui _____ non

Dernier examen en optométrie : _____

Autres informations : _____

L'enfant a un problème d'audition ? _____ oui _____ non

L'enfant est suivi en ORL ? _____ oui _____ non

L'enfant a déjà eu une évaluation de l'audition ? _____ oui _____ non

Pouvez-vous nous fournir le(s) rapport(s) ? _____ oui _____ non

L'enfant a déjà subi :

_____ amygdalectomie (ablation des amygdales) _____ adénoïdectomie (ablation des adénoïdes)

_____ myringotomie (tubes dans les tympans)

Autres informations : _____

Autres informations pertinentes :

HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT MOTEUR

À quel âge l'enfant s'est assis seul ? _____

À quel âge l'enfant a marché ? _____

À quel âge l'enfant a été propre de jour ? _____ de nuit ? _____

À quel âge l'enfant s'est habillé seul ? _____

L'enfant est : droitier gaucher ambidextre encore indéterminé

L'enfant a présenté ou présente actuellement des difficultés :

en motricité globale (ex. : marcher, courir, sauter, faire de la bicyclette)

en motricité fine (ex. : boutonner, lacer, tenir un crayon, manipuler les ciseaux)

dans les habiletés préscolaires (ex. : nom des couleurs, réciter l'alphabet, compter)

Précisez les difficultés s'il y a lieu :

Autres informations pertinentes :

HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT LANGAGIER

Est-ce que vous trouvez que votre enfant présente des difficultés de langage ? oui non

Comment décrivez-vous le langage expressif et la compréhension de votre enfant présentement (forces, inquiétudes) ?

L'enfant comprend bien les consignes/questions à la maison ? oui non

L'enfant comprend bien les consignes/questions à l'école ? oui non

Si non, précisez : _____

L'enfant se fait comprendre par tout le monde ? oui non

Si non, précisez qui ne le comprend pas (vous, frères et sœurs, autres membres de la famille, adultes de la garderie/école, amis de l'enfant, inconnus) : _____

L'enfant prononce correctement les sons ? oui non

Si non, précisez : _____

Entourez les sons ou groupes de sons difficiles :

p b t d k g f v s z ch j m n gn l r cr tr dr fl pl oi ui voyelles

L'enfant utilise des phrases bien construites ? oui non

Si non, précisez : _____

Entourez les petits mots absents des phrases de votre enfant :

je tu il elle le la du au avec sur dans qui que parce que si quand

L'enfant a un vocabulaire suffisamment développé pour son âge ? oui non

Si non, précisez : _____

L'enfant cherche ses mots, il a souvent le « mot sur le bout de la langue »? oui non

Si oui, précisez : _____

L'enfant raconte en ayant un discours bien organisé, sans confusion ou détour ? oui non

Si non, précisez : _____

L'enfant bégaye ou hésite quand il parle ? oui non

Si oui, précisez : _____

L'enfant peut rester dans le sujet de conversation (ne fait pas du coq-à-l'âne) ? oui non

Si non, précisez : _____

Autres informations : _____

Comment réagit votre enfant devant ses difficultés de langage ?

Comment réagissez-vous devant les difficultés de langage de votre enfant ?

Que faites-vous pour l'aider lorsque votre enfant présente des difficultés de langage (moyens, outils, images, paroles) ?

L'enfant a babillé ? oui non L'enfant a gazouillé ? oui non

À quel âge l'enfant a dit ses premiers mots (ex. : maman, dodo, kiki) ? _____

Quels étaient ces mots ? _____

À quel âge l'enfant a dit ses premières phrases ou premières associations de mots (ex. : parti papa, toutou tombé) ? _____

Quelles étaient ces phrases ? _____

Avez-vous eu des inquiétudes pour le langage de votre enfant avant cette présente consultation en orthophonie ? _____

L'enfant a été évalué en orthophonie ? oui non

Si oui, par qui ? _____ quand ? _____

Pouvez-vous nous fournir le(s) rapport(s) ? oui non

L'enfant a été suivi en orthophonie ? oui non

Si oui, par qui ? _____ quand ? _____

Pouvez-vous nous fournir le(s) rapport(s) ? oui non

Autres informations pertinentes :

HISTOIRE SOCIALE

L'enfant a fréquenté ou fréquente une garderie ? oui non

Laquelle ? _____

Depuis quel âge ou pendant combien de temps ? _____

Combien de jours par semaine ? _____

L'enfant s'est bien intégré dans le milieu ? oui non

Si non, précisez : _____

L'enfant a de la difficulté à jouer avec d'autres enfants ? oui non

Si oui, précisez : _____

L'enfant joue généralement avec des enfants : plus jeunes de son âge plus vieux

L'enfant s'entend bien avec les gens de la famille ? oui non

Si non, précisez : _____

L'enfant présente des difficultés de comportement ? oui non

Laquelle/lesquelles :

anxiété très actif

opposition difficultés d'attention et de concentration

colère agressivité

Quels sont les intérêts et les jeux de l'enfant ? _____

Autres informations pertinentes :

HISTOIRE SCOLAIRE

Nom de l'école actuelle : _____ Niveau scolaire actuel : _____

Nom de l'enseignant(e) : _____

L'enfant réussit bien à l'école ? oui non

Si non, précisez : _____

En quelle année les difficultés ont commencé ? _____

Par qui les difficultés ont été remarquées en premier ? _____

Quelles étaient les premières difficultés scolaires observées ? _____

L'enfant aime l'école ? oui non

Si non, précisez : _____

L'enfant préfère quelle(s) matière(s) à l'école ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> français | <input type="checkbox"/> éducation physique | <input type="checkbox"/> univers social |
| <input type="checkbox"/> mathématiques | <input type="checkbox"/> musique | <input type="checkbox"/> histoire |
| <input type="checkbox"/> sciences | <input type="checkbox"/> arts plastiques | <input type="checkbox"/> géographie |

L'enfant déteste quelle(s) matière(s) à l'école ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> français | <input type="checkbox"/> éducation physique | <input type="checkbox"/> univers social |
| <input type="checkbox"/> mathématiques | <input type="checkbox"/> musique | <input type="checkbox"/> histoire |
| <input type="checkbox"/> sciences | <input type="checkbox"/> arts plastiques | <input type="checkbox"/> géographie |

Selon vous, quelle matière est la plus difficile pour votre enfant ? _____

Selon vous, quelle matière est la plus facile pour votre enfant ? _____

Vous avez des inquiétudes pour votre enfant en :

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lecture | <input type="checkbox"/> orthographe/épellation | <input type="checkbox"/> attention |
| <input type="checkbox"/> écriture | <input type="checkbox"/> mathématiques | <input type="checkbox"/> mémoire |
| <input type="checkbox"/> apprentissage de nouvelles connaissances | <input type="checkbox"/> compréhension de consignes | |
| <input type="checkbox"/> autre : _____ | | |

L'enfant a des devoirs à faire à la maison ? oui non

Si oui, comment se passe la période des devoirs à la maison ? _____

Combien de temps met votre enfant pour ses devoirs à la maison (en heures/semaines) ? _____

Qui aide l'enfant à faire ses travaux scolaires (devoirs et leçons) ? _____

L'enfant a de la difficulté à étudier ? oui non

Avez-vous trouvé une recette d'étude gagnante oui non

Si oui, laquelle ? _____

Quels sont ses trucs pour apprendre la matière ? (plusieurs petits moments d'étude, réviser juste avant l'examen, faire des schémas, recopier des mots, etc.) _____

L'enfant a une dictée ? oui non

Si oui, quand ? _____

L'enfant retient l'orthographe des mots de la dictée ? oui non

Si oui, est-ce qu'il se souvient de l'orthographe pour longtemps ou il l'oublie rapidement une fois la dictée passée ? _____

Les mots de la dictée sont regroupés par : thème ? lettres communes (ex. : en/an) ?

L'enfant a un code de correction (ex. : PACO) ? oui non

Pouvez-vous nous fournir une copie ? oui non

L'enfant aime la lecture ? oui non

L'enfant est accompagné par un adulte dans sa lecture :

à la maison ? à l'école ?

Quel est le niveau des livrets/livres que lit l'enfant ? _____

Le niveau est confortable pour l'enfant ? oui non

L'enfant apprend bien les tables en math ? oui non

L'enfant comprend les concepts en math ? oui non

Si non, précisez : _____

SVP Remplir le tableau suivant en indiquant l'année scolaire, le niveau scolaire, le nom de l'école fréquentée, la commission scolaire et le type de classe (régulière, langage, TGA, etc.) et en mentionnant les redoublements. Commencez par la prématernelle ou la maternelle.

Si oui, par qui ? _____ quand ? _____

Pour quel(s) raison(s) :

la lecture l'orthographe
 l'écriture les mathématiques
autre :

Pouvez-vous nous fournir le(s) rapport(s) ? _____ oui _____ non

Si oui, par qui ? quand ?

Pour quel(s) raison(s) :

la lecture l'attention la mémoire
 l'écriture les mathématiques
autre :

Si oui, précisez :

Aimeriez-vous avoir des conseils pour accompagner votre enfant dans :

la lecture l'apprentissage de l'orthographe
 l'étude des différentes matières scolaires les mathématiques

L'enfant a un plan d'intervention (PI) scolaire ? oui non

Si oui, depuis quand ? _____

Quels sont les objectifs ? _____

Quels moyens ont été mis en place pour aider l'enfant ? _____

L'enfant a droit à des adaptations en classe ? oui non

Si oui, lesquelles ? _____

L'enfant a droit à des outils en classe ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

Pouvez-vous nous fournir le PI ? oui non

L'enfant prend beaucoup de temps pour écrire ? oui non

L'enfant a des douleurs dans la main lorsqu'il écrit ? oui non

Les lettres sont bien formées ? oui non

L'enfant se trompe en écrivant les lettres ? oui non

Si oui, quelles lettres semblent plus difficiles ? _____

L'enfant vit du stress relié à ses difficultés scolaires ? oui non

Si oui, comment s'exprime son stress ou d'autres émotions ? _____

Autres informations pertinentes :

Ce questionnaire a été rempli par _____ le _____

(NOM)

(DATE)

Lien avec l'enfant (mère, père, tuteur,...) : _____

_____, orthophoniste OOAQ # _____

Date : _____

(SIGNATURE)