

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS OU TUTEURS

NOM DE L'ENFANT : _____

RÉFÉRANT : _____

NOM DE LA GARDERIE (s'il y a lieu) : _____

TÉLÉPHONE : _____

PERSONNE À CONTACTER : _____

Veillez remplir ce questionnaire au meilleur de votre connaissance. Votre collaboration nous permettra de bien cerner la situation de l'enfant. Il est entendu que ces informations demeureront confidentielles.

Imprimez-le, apportez-le à votre prochaine visite chez

Audio Conseil

227, chemin Ste-Catherine Suite 205

St-Constant, Qc J5A 2J5

Merci, votre collaboration nous est précieuse.

NOM DU RÉPONDANT : _____

LIEN AVEC L'ENFANT : _____

DATE : _____

1. MOTIF DE CONSULTATION

Je désire que l'enfant soit vu pour son (ses) problème(s) de :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
de langage			
d'audition			
d'apprentissage scolaire			
de comportement			

2. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

L'enfant vit avec :

ses parents

Nombre d'enfants dans la famille : _____

sa mère

Âge des enfant : 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

son père

Rang de l'enfant dans la famille : _____

autre : _____

Y a-t-il dans la famille des personnes qui ont eu (ou qui ont) les mêmes difficultés que l'enfant (de langage, d'audition, d'apprentissage et/ou de comportement)?

NOM	ÂGE	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT
1)		
2)		

Quelle est la main dominante (celle avec laquelle on écrit) : de la mère _____, du père _____, de l'enfant _____, des autres enfants de la famille _____

Parle-t-on plusieurs langues à l'enfant : Oui Lesquelles : _____

Non

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Est-ce que la mère de l'enfant a eu des difficultés pendant la grossesse (hémorragie, tension, accident, maladies comme la rubéole ou les oreillons, facteur RH, grossesse non planifiée, anxiété...) ?

Est-ce que la mère a pris des médicaments durant sa grossesse ? Oui Non

Si oui, lequel (lesquels) ? _____

Est-ce que la mère a eu certaines difficultés à l'accouchement (prématuré, césarienne...)?

Oui Non

Précisez : _____

Quels ont été les résultats au test de APGAR de l'enfant (voir certificat de naissance): ___ - ___ - ___

Comment l'enfant s'est-il présenté à l'accouchement?

par le siège normalement utilisation des forceps

autres : _____

Quel était son poids à la naissance? _____

A-t-il eu des problèmes post natals (soins intensifs, jaunisse, cyanose (bébé bleu), transfusions, incubateur...)?

Précisez : _____

3. HISTOIRE MÉDICALE

Santé générale de l'enfant

L'enfant a, ou a eu :

	OUI	NON		OUI	NON
des rhumes fréquents			des problèmes d'alimentation		
des ronflements la nuit			beaucoup de coliques		
des allergies spécifiez :			Autres : _____		

À propos du sommeil de l'enfant

L'enfant :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
a de la difficulté à s'endormir			
a de la difficulté à rester endormi			
fait des cauchemars fréquemment			

À propos des maladies

L'enfant a, ou a eu :

	OUI	NON		OUI	NON
la rougeole			de l'épilepsie		
la varicelle			des convulsions		
les oreillons			Autres : _____		

L'enfant prend-il ou a-t-il déjà pris des médicaments? Oui Non

Si oui, spécifiez lequel et depuis quand : _____

L'enfant a-t-il déjà subi une (des) opération(s) ? Oui Non

Si oui spécifiez le type et à quel âge : _____

L'enfant a-t-il déjà eu un (des) accident(s)? Oui Non

Si oui, spécifiez le type et à quel âge : _____

A-t-il des problèmes de vision? Oui Non

A-t-il déjà passé des tests de vision? Oui Non

Si oui, quels sont les résultats? _____

On a confirmé chez l'enfant la présence de lésions cérébrales? Oui Non

Si oui, quel genre de lésions? _____

L'enfant a-t-il des malformations congénitales? Oui Non

Si oui, spécifiez : _____

4. **HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT MOTEUR**

Spécifiez l'âge où l'enfant :

	ÂGE	COMMENTAIRES
s'est assis seul		
a marché à 4 pattes		
a marché seul		
a mangé seul		
a été propre le jour		
a été propre la nuit		
s'est habillé seul		

L'enfant :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
<i>a de la difficulté à manipuler les lacets, les boutons</i>			
<i>est maladroit à tenir un crayon</i>			
<i>semble trembler quand il exécute des activités de motricité fine</i>			
<i>trouve les activités de manipulation fine difficile (ex : couper, dessiner, tracer)</i>			
<i>n'a pas encore de main dominante (il utilise ses 2 mains et n'est pas habile ni de l'une ni de l'autre)</i>			
<i>bouge constamment sur sa chaise aux repas ou en faisant un travail</i>			
<i>se fatigue vite en faisant des activités physiques</i>			
<i>semble plus faible que les autres enfant de son âge</i>			

L'enfant :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
<i>a tendance à briser ses jouets</i>			
<i>a tendance à échapper les objets facilement (ex. : verre de lait)</i>			
<i>tombe souvent</i>			
<i>a de la difficulté à mastiquer</i>			
<i>est incapable de faire des bulles de savon ou éteindre des chandelles</i>			
<i>est porté à manger de façon négligée</i>			

LE MOUVEMENT

L'enfant :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
<i>a une peur exagérée des hauteurs</i>			
<i>hésite à se balancer</i>			
<i>a tendance à perdre l'équilibre</i>			
<i>a horreur des manèges</i>			
<i>déteste sauter ou sautiller</i>			
<i>hésite à grimper sur des équipements de gymnastique</i>			
<i>descend les 2 pieds sur la même marche</i>			
<i>a de la difficulté à attraper ou lancer une balle ou un ballon</i>			
<i>marche sur le bout des pieds</i>			
<i>est souvent malade en auto (vomissement et nausée)</i>			
<i>n'aime pas se faire projeter dans les airs ou avoir la tête en bas</i>			

LES JEUX

Quels sont les jeux préférés de l'enfant?

Quelles activités refuse-t-il de faire?

Combien de temps peut-il jouer avec le même objet ou regarder son émission préférée?

Aime-t-il faire des sports où il y a des règlements (ex. : soccer, baseball)? Oui Non

Préfère-t-il les jeux d'extérieurs aux jeux de table (ex. : casse-tête, dessin)? Oui Non

Aime-t-il la musique? Oui Non

Est-il capable de chanter? Oui Non

LE TOUCHER

L'enfant :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
<i>est excessivement chatouilleux</i>			
<i>déteste fortement les coupes de cheveux et les shampooings</i>			
<i>sent le besoin de toucher à tout ce qu'il voit</i>			
<i>aime se faire serrer fort plutôt que de se faire caresser doucement</i>			
<i>déteste être touché de façon imprévue</i>			
<i>préfère porter des manches longues et des pantalons peu importe la température</i>			
<i>est très sensible à la texture de la nourriture (ex. : graines de brocoli)</i>			
<i>se plaint souvent que les autres le pousse</i>			
<i>pousse et heurte souvent les autres enfants</i>			
<i>est plus sensible à la douleur que ses pairs</i>			

DÉVELOPPEMENT VISUO-SPATIAL

L'enfant :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
écrit des lettres et des chiffres à l'envers			
a de la difficulté à reconnaître les couleurs			
a de la difficulté à reconnaître les formes			
a de la difficulté à faire des constructions simples avec les blocs ou casse-tête			
se perd facilement en chemin			

5. HISTOIRE AUDITIVE

Croyez-vous que l'enfant a des difficultés à entendre? Oui Non

A-t-il passé des tests d'audition? Oui Non

Si oui, spécifiez, où, quand et quels ont été les résultats? _____

Y a-t-il de la surdité dans la famille? Oui Non

Si oui, quel est le lien de parenté (avec l'enfant) et l'âge d'apparition de la surdité chez cette personne?

L'enfant a-t-il déjà eu ou a-t-il actuellement :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
des otites à répétition?			
des douleurs aux oreilles (otalgie)?			
des écoulements (otorrhée)?			
des vertiges (étourdissements)?			
des bruits ou sifflements dans les oreilles?			

A-t-il déjà subi une chirurgie de l'oreille? Oui Non

Si oui, spécifiez l'endroit, l'année, la raison et à quelle oreille : _____

A-t-il pris des médicaments pour ses oreilles? Oui Non

Si oui, spécifiez quand et pour quelle(s) raison(s) : _____

A-t-il eu d'autres traitements (homéopathie, acupuncture...)? Oui Non

L'enfant a-t-il déjà porté une prothèse auditive ou utilisé un système MF à l'école? Oui Non

Si oui, quelle a été sa réaction? _____

Porte-t-il une prothèse auditive en ce moment? Oui Non

L'enfant :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
trouve certains sons forts insupportables ou douloureux			
éprouve de la difficulté à localiser des sons			
a de la difficulté à porter attention à la personne qui parle			
fait répéter souvent			
est souvent dans la lune, facilement distrait			
confond les mots qui se ressemblent			
ne répond pas à son nom s'il est en train d'écouter la télévision			
a de la difficulté à comprendre dans les situations bruyantes (ex. : en classe, au restaurant)			
a de la difficulté à acquérir des apprentissages de base (ex. : sa date de naissance)			
a de la difficulté à se souvenir de notions déjà comprises			

6. HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT DE LA PAROLE ET DU LANGAGE

L'enfant a-t-il déjà eu des problèmes de langage? Oui Non

Si oui, a-t-il encore des problèmes? Oui Non

A-t-il déjà été vu en orthophonie? Oui Non

Si oui, pour quel(s) problème(s) et quand?

L'enfant :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
<i>a développé son langage plus tardivement par rapport aux autres</i>			
<i>ne prononce pas bien certains sons ou mots</i>			
<i>semble avoir de la difficulté à articuler</i>			
<i>a des difficultés à exprimer clairement sa pensée</i>			
<i>a de la difficulté à faire des phrases complètes</i>			
<i>a des difficultés à raconter clairement une histoire</i>			
<i>se base beaucoup sur les indices visuels (ex. : gestes) pour comprendre</i>			
<i>réagit à la parole de façon lente ou avec un délai</i>			
<i>comprend mieux si on lui fait des phrases courtes</i>			
<i>comprend mieux si on lui parle lentement</i>			
<i>comprend mal les consignes verbales</i>			
<i>a des difficultés à suivre plusieurs consignes dites en même temps (ex. : lave tes dents, habille-toi et fais ton lit)</i>			
<i>a des difficultés à se remémorer des séquences de routine (ex. : jour de la semaine, no de téléphone)</i>			

7. HISTOIRE SCOLAIRE

Le nom de l'école de l'enfant et le nom de son enseignant(e) :

Quel est son niveau scolaire actuel?

Est-il dans une classe régulière ou spéciale?

A-t-il déjà recommencé une année scolaire? Oui Non

Si oui, laquelle où lesquelles? _____

A-t-il changé d'école par le passé? Oui Non

Si oui, pourquoi? _____

S'absente-t-il souvent de l'école? Oui Non

Si oui, pourquoi? _____

A-t-il des devoirs ? Oui Non

Si oui, les fait-il seul? _____

Croyez-vous que l'enfant a des difficultés d'apprentissage à l'école? Oui Non

Si oui, depuis quand et quelle est la raison selon vous? _____

A-t-il déjà été évalué pour ses problèmes scolaires? Oui Non

Si oui, par qui? _____

Est-il suivi par un ou des professionnels à l'école? Oui Non

Si oui, par qui? _____

Pourquoi? _____

L'enfant :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
a des problèmes à lire			
intervertit l'ordre des lettres / chiffres à l'écrit			
confond des lettres qui se ressemblent visuellement (ex. : b et d)			
confond des lettres qui se ressemblent de façon auditive (ex. : t et d)			
a de la difficulté à reconnaître des rimes			
a des difficultés en mathématiques			
abandonne facilement une tâche			
se plaint de mal entendre l'enseignant(e)			
semble incapable de s'organiser			
a de la difficulté à se rappeler une information donnée et à l'exécuter			
semble avoir une intelligence normale mais ses résultats scolaires sont faibles			

8. COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Cochez, parmi les caractéristiques suivantes, celles qui se rapportent à l'enfant :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Nerveux</i> | <input type="checkbox"/> <i>Impulsif</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Timide</i> | <input type="checkbox"/> <i>Possessif</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anxieux</i> | <input type="checkbox"/> <i>Agressif</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Négatif</i> | <input type="checkbox"/> <i>Renfermé</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Hyperactif</i> | <input type="checkbox"/> <i>A des tics et des manies</i> |

A-t-il passé des tests en psychologie? *Oui* *Non*

Si oui, spécifiez où et quand : _____

L'enfant :

	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
<i>fait régulièrement des crises de colère</i>			
<i>se fait des amis difficilement</i>			
<i>aime mieux être avec des adultes</i>			
<i>préfère la compagnie d'enfants plus jeunes que lui</i>			
<i>préfère jouer seul</i>			
<i>réagit très mal quand il est séparé de ses parents</i>			
<i>s'intéresse peu à son environnement</i>			
<i>manque de confiance et a une pauvre image de lui</i>			
<i>préfère la routine aux imprévus</i>			
<i>suce son pouce</i>			
<i>a de la difficulté à garder le contact visuel</i>			

Révision d'Audio Conseil avec permission d'utilisation du questionnaire de l'Hôpital Notre-Dame, de Bastien et al. 1996.

Santé auditive et expertise audiolgique

QUESTIONNAIRE POUR L'ENSEIGNANT

NOM DE L'ENFANT : _____

ANNÉE SCOLAIRE : _____ GROUPE-CLASSE : _____

NOM DE L'ÉCOLE : _____

TÉLÉPHONE : (_____) _____

NOM DE L'ENSEIGNANT : _____

Nous vous prions de répondre à ce questionnaire au meilleur de votre connaissance. Celui-ci peut paraître long et fastidieux mais chacune des questions qu'il contient nous guide vers l'identification du problème de cet élève. Il est entendu que ces informations demeureront confidentielles.

Audio Conseil

227, chemin Ste-Catherine Suite 205

St-Constant, Qc J5A 2J5

Merci de votre collaboration, votre aide nous est essentielle.

Date : _____

Y a-t-il des intervenants qui ont vu l'enfant dans votre école?

en orthopédagogie

en orthophonie

en psychologie

autres : _____

Pourriez-vous décrire brièvement le programme d'éducation actuel offert à cet enfant

De façon globale, observez-vous une grande variabilité dans le rendement scolaire de cet enfant?

DOMINANCE MANUELLE

L'enfant est : droitier gaucher dominance non établie

Indiquez où se situent les difficultés de l'enfant dans les activités ou habiletés suivantes :

LECTURE ET ÉCRITURE	DIFFICULTÉ	COMMENTAIRES
Compréhension de la lecture		
Vitesse de lecture		
Lecture orale (décodage)		
Discrimination des mots ou lettres semblables		
Dictée		
Orthographe des mots		
Graphisme		
Préhension du crayon		
Orientations des lettres (ex. : b-d)		
Écriture des lettres d'un mot dans le bon ordre		

<i>EXPRESSION ORALE</i>	<i>DIFFICULTÉ</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
<i>Prononciation des sons, des mots</i>		
<i>Structure des phrases parlées</i>		
<i>Vocabulaire</i>		
<i>Raconter une expérience ou histoire</i>		
<i>MATHÉMATIQUES</i>	<i>DIFFICULTÉ</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
<i>Calcul (mental, écrit)</i>		
<i>Numération</i>		
<i>CAPACITÉ D'ÉCOUTE ET COMPRÉHENSION</i>	<i>SI OUI, COCHEZ</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
<i>Difficultés à se concentrer pour une période de temps appropriée en l'absence de bruit</i>		
<i>Est facilement distrait par les bruits ou par un élève turbulent</i>		
<i>Répond avec difficulté aux consignes verbales</i>		
<i>Comprend plus facilement une consigne simple qu'une consigne complexe</i>		
<i>Comprend plus facilement une explication donnée individuellement qu'une explication donnée en groupe</i>		
<i>Comprend plus facilement si vous ajoutez du matériel imagé</i>		
<i>Difficultés à comprendre les histoires</i>		
<i>Difficultés à apprendre des séquences de routines (ex. : alphabet,...)</i>		
<i>Confond les mots qui se ressemblent</i>		
<i>AUTRES</i>	<i>DIFFICULTÉ</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
<i>Habilité dans les sports</i>		
<i>Équilibre</i>		
<i>Coordination</i>		
<i>Habillage</i>		
<i>Différenciation gauche, droite</i>		

<i>Exécution des tâches dans le bon ordre (séquence)</i>		
<i>Arts plastiques (dextérité manuelle)</i>		
<i>Musique (rythme)</i>		
<i>Mémoire</i>		
CONCENTRATION ET ORGANISATION	SI OUI, COCHEZ	COMMENTAIRES
<i>Semble agir avant d'avoir réfléchi</i>		
<i>Ne réalise pas ses propres erreurs</i>		
<i>Fait des erreurs par inattention</i>		
<i>Fait ses tâches au mauvais moment</i>		
<i>Planifie mal son travail</i>		
<i>Est lent à entreprendre des tâches</i>		
<i>A de la difficulté à terminer ses tâches</i>		
<i>A plus de difficulté durant les périodes non structurées</i>		
<i>A besoin de récompenses ou d'approbation immédiate</i>		
<i>Est facile à distraire</i>		
<i>A de la difficulté à s'orienter dans le temps</i>		
<i>A de la difficulté à s'orienter dans l'espace</i>		
<i>Semble souvent "perdu"</i>		
<i>Est dans la lune pour de longues périodes de temps (regard fixe)</i>		
<i>Léthargique ou peu actif</i>		
<i>Se fatigue facilement</i>		
<i>Se déplace continuellement sur sa chaise</i>		
<i>Semble avoir beaucoup trop d'énergie</i>		
<i>Mains et pieds en mouvement continu</i>		

<i>ÉMOTIVITÉ</i>	<i>SI OUI, COCHEZ</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
<i>Pleure facilement</i>		
<i>Semble souvent malheureux</i>		
<i>Est souvent difficile à satisfaire</i>		
<i>A peur des situations nouvelles</i>		
<i>Est parfois incontinent à l'école</i>		
<i>Suce son pouce ou mange ses ongles</i>		
<i>Se plaint de douleur de toutes sortes</i>		
<i>Semble souvent préoccupé</i>		
<i>Cherche à éviter les conflits</i>		
<i>Se sent inférieur</i>		
<i>Est intolérant face à l'échec</i>		
<i>S'empporte facilement (colérique)</i>		
<i>Réagit peu aux punitions</i>		
<i>Défie le professeur continuellement</i>		
<i>SOCIAL</i>	<i>SI OUI, COCHEZ</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
<i>N'est pas très apprécié par ses pairs</i>		
<i>Ne se mêle pas au groupe</i>		
<i>Choisit des amis de l'autre sexe</i>		
<i>Préfère la compagnie des plus jeunes</i>		
<i>Perd ses amis facilement</i>		
<i>Se bat ou se bouscule souvent</i>		
<i>AUTRES</i>	<i>SI OUI, COCHEZ</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
<i>Vole des objets</i>		
<i>Détruit sa propriété ou celle d'autrui</i>		
<i>Essaie de copier les travaux des autres</i>		
<i>Dit des mensonges</i>		
<i>Est le bouffon de sa classe</i>		
<i>Manque l'école pour des raisons mineures</i>		