

Veillez répondre à l'ensemble des questions afin de faciliter le traitement de la demande.

SITUATION FAMILIALE

Identification de l'enfant :

NOM : _____ PRÉNOM : _____ DOSSIER : _____
 ADRESSE : _____

 CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE : _____
 AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____ NOM ET LIEN DE PARENTÉ : _____
 # ASSURANCE MALADIE : _____ DATE EXP. : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
 ÉCOLE : _____ NIVEAU SCOLAIRE : _____
 DIAGNOSTIC OU MOTIF DE RÉFÉRENCE : _____

Identification des parents :

MÈRE : _____ NOM _____ PRÉNOM _____
 PÈRE : _____ NOM _____ PRÉNOM _____

Fratrie : L'enfant a-t-il des frères et sœurs? Si oui :

NOM	ÂGE	NIVEAU SCOLAIRE	ÉCOLE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MILIEU DE VIE

Avec qui l'enfant vit ?

- Les deux parents Père Mère Garde partagée
 Une famille d'accueil Depuis quand ? _____ Pour combien de temps ? _____
 Une famille adoptive Depuis quand ? _____ Pays d'origine : _____

Votre enfant a-t-il vécu une reprise d'année scolaire ?

- Non Oui Si oui, quel niveau ? _____

Votre enfant fréquente-t-il :

- Service de garde de l'école au dîner Aide aux devoirs de l'école
 Service de garde de l'école en fin de journée Autre : _____

Décrivez son rendement à l'école :

- Tâches où il performe mieux : _____
 ➤ Tâches requérant beaucoup d'efforts : _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Décrivez, s'il y a lieu, les antécédents du côté paternel et maternel.

	CÔTÉ PATERNEL	CÔTÉ MATERNEL	PRÉCISEZ
<input type="checkbox"/> Déficience physique			
<input type="checkbox"/> Épilepsie ou convulsions			
<input type="checkbox"/> Ataxie de Charlevoix-Saguenay			
<input type="checkbox"/> Maladies génétiques			
<input type="checkbox"/> Difficultés scolaires, échecs			
<input type="checkbox"/> Troubles mentaux ou affectifs			
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle			
<input type="checkbox"/> Autres : _____			

HISTOIRE DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

a) Grossesse :

Problèmes particuliers : _____

b) Accouchement :

Nombre de semaines de grossesse : _____ Cotation à l'APGAR : ____.. ____

Poids à la naissance : _____ (disponible sur le carnet de santé)

Quel type d'accouchement ?

Normal Césarienne

Particularités à la naissance (présentation par le siège, forceps, césarienne d'urgence) ? _____

ÉTAT DE SANTÉ

a) Quel est le médecin traitant de votre enfant ? _____

Date de la dernière consultation : _____ Raison : _____

L'enfant a-t-il été hospitalisé? Oui Non Si oui, précisez :

ENDROIT

DATE

MOTIF

b) A-t-il eu un diagnostic médical récemment ?

Si oui lequel ? _____

c) Est-il porteur d'une bactérie multi-résistante (ex : SARM) ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

d) Actuellement, votre enfant prend-il des médicaments ?

NOM DU MÉDICAMENT

MOTIF

POSOLOGIE

DEPUIS QUAND ?

e) Votre enfant a-t-il des allergies?

- Alimentaires: _____
- Animaux : _____
- Autres : _____

f) Votre enfant a-t-il eu à passer des examens médicaux ?

	DATE	RÉSULTATS
<input type="checkbox"/> Examen de la vue	_____	_____
Port de verres correcteurs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
<input type="checkbox"/> Test auditif	_____	_____
<input type="checkbox"/> EEG (électroencéphalogramme)	_____	_____
<input type="checkbox"/> IRM (Résonance d'imagerie magnétique)	_____	_____
<input type="checkbox"/> TACO (tomographie axiale)	_____	_____
<input type="checkbox"/> EMG (électromyogramme)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____

g) Évaluations antérieures :

	NOM DE L'INTERVENANT	ENDROIT	MOTIF	DATE
Psychologie :	_____	_____	_____	_____
Psychiatrie :	_____	_____	_____	_____
Ergothérapie :	_____	_____	_____	_____
Physiothérapie :	_____	_____	_____	_____
Orthophonie :	_____	_____	_____	_____
Autres :	_____	_____	_____	_____

h) Services scolaires :

- Technicienne en éducation spécialisée
- Aide pédagogique
- Psychologue
- Orthophoniste
- Autre :

MOTIF

FRÉQUENCE

MOTIF	FRÉQUENCE
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

i) Autres services :

- CRDI-TED (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement du Saguenay-Lac-St-Jean)
- Centre de jour des Centres jeunesse
- Centre jeunesse
- CLSC
- Santé mentale
- Service privé
- Autre : _____

DATE

SERVICES

INTERVENANT

DATE	SERVICES	INTERVENANT
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

a) Vers quel âge l'enfant a-t-il:

marché à 4 pattes ? _____ marché ? _____ fait du tricycle ? _____
fait de la bicyclette (avec roues stabilisatrices) ? _____ fait de la bicyclette (à 2 roues) ? _____
Votre enfant chute-t-il fréquemment ? oui non

b) Alimentation actuelle :

Votre enfant est-il autonome pour

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ S'alimenter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Couper les aliments mous avec une fourchette ou une cuillère? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Couper les aliments avec un couteau ET une fourchette? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tartiner avec un couteau? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Boire au verre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Se verser à boire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Est-ce que votre enfant présente les signes suivants pendant ou après l'alimentation :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Vomissement |
| <input type="checkbox"/> Étouffement | <input type="checkbox"/> Écoulement de salive lors de l'alimentation |
| <input type="checkbox"/> Haut le cœur | <input type="checkbox"/> Écoulement de salive à d'autres occasions |
- Précisez : _____

c) Sommeil :

Est-ce que votre enfant dort bien ? _____
Heure du coucher : _____ Heure du réveil : _____

d) Soins personnels :

Votre enfant est-il autonome pour :

- | | Oui | Non |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Se boutonner ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Se déboutonner ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Faire ses boucles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Utiliser la fermeture éclair ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Orienter ses vêtements ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Orienter ses souliers ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Se laver les mains ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Se brosser les dents ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Se laver ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ S'essuyer après le bain ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Se laver les cheveux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Aller à la toilette ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ S'essuyer après la toilette ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

e) Indiquez tout événement survenu récemment dans la famille (naissance, décès, déménagement, séparation des parents, etc.)

PROBLÈMES ACTUELS

a) Expliquez ce qui vous préoccupe au sujet du développement de votre enfant.

b) Comment décrivez-vous votre enfant ? (tempérament)

c) Comment s'amuse-t-il ou se comporte-t-il avec les autres enfants, que ce soit à la maison ou à l'école ?

Quels sont ses jeux préférés ? _____

Quel sont ses loisirs ? _____

Est-il inscrit à une activité sportive ou récréative dans la communauté, si oui lesquelles : _____

Cochez les habiletés que vous voudriez voir s'améliorer chez l'enfant :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autonomie à l'alimentation | <input type="checkbox"/> Coloriage |
| <input type="checkbox"/> Autonomie aux soins personnels | <input type="checkbox"/> Découpage |
| <input type="checkbox"/> Attention / concentration | <input type="checkbox"/> Écriture |
| <input type="checkbox"/> Habiletés manuelles (manipulation d'objets) | <input type="checkbox"/> Comportement |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Inscrivez ci-dessous tout autre renseignement qui vous semble pertinent.

Êtes-vous disponible pour accompagner votre enfant à ses rendez-vous ? oui non

Si non, expliquez : _____

Assurez-vous d'avoir répondu à l'ensemble des questions afin de faciliter le traitement de la demande de services.

SIGNATURE DE LA OU DES PERSONNES AYANT COMPLÉTÉ CE FORMULAIRE :

Signature

Signature

DATE : _____

MERCI DE VOTRE COLLABORATION