

## Anamnèse PRÉSCOLAIRE

Chers parents, voici le formulaire d'anamnèse qui nous permet de recueillir des informations concernant l'environnement de votre enfant et son histoire médicale et développementale. 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 !

### IDENTIFICATION

JJ-MM-AAA

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

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

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

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

# de téléphone (maison) : \_\_\_\_\_

# de téléphone (maison) : \_\_\_\_\_

# de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

# de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

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

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

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

No civique, Rue, Ville, Code postal

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

### MOTIF DE CONSULTATION EN ORTHOPHONIE :

---

---

---

---

---

---

---

---

Votre enfant a-t-il déjà été vu en orthophonie? Non  Oui  Si oui :

Nom de l'orthophoniste : \_\_\_\_\_

Lieu du suivi : \_\_\_\_\_

Raison du suivi et résultats: \_\_\_\_\_

### HISTOIRE PÉRINATALE

Événements importants ayant perturbés la grossesse? \_\_\_\_\_

Accouchement : Normal

Par césarienne

Poids à la naissance : \_\_\_\_\_

APGAR (3 chiffres sur 10 dans le carnet de santé) : \_\_\_\_\_

Difficultés respiratoires : \_\_\_\_\_

Autres complications : \_\_\_\_\_

Orthophonie de la Capitale

9030 Boul. de l'Ornière, suite 205 G2B 3K3

418-476-5768

**Dans le cas d'un enfant adopté :**

À quel âge a-t-il été adopté? \_\_\_\_\_ De quel pays d'origine? \_\_\_\_\_  
Santé de la mère pendant la grossesse : \_\_\_\_\_  
Médicaments utilisés : \_\_\_\_\_  
Durée de la grossesse : \_\_\_\_\_

**HISTOIRE MÉDICALE**

Votre enfant a-t-il fait beaucoup d'otites? \_\_\_\_\_

A-t-il déjà consulté un médecin ORL? Si oui, pour quelle raison? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà eu une myringotomie (tubes transtympaniques)? Non  Oui  Quand? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà été opéré pour les amygdales? Non  Oui  Quand? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà été opéré pour les végétations? Non  Oui  Quand? \_\_\_\_\_

L'audition de votre enfant a-t-elle déjà été testée? Non  Oui  Si oui :

Date de(s) test(s) : \_\_\_\_\_ Résultat(s): \_\_\_\_\_

Avez-vous une copie du rapport audiolinguistique en votre possession? Non  Oui

Votre enfant porte-t-il des lunettes? Non  Oui  Raison : \_\_\_\_\_

Maladies, hospitalisations, allergies, accidents: \_\_\_\_\_

Consultations chez des professionnels, médecins, spécialistes: \_\_\_\_\_

**HISTOIRE FAMILIALE**

Situation familiale :  famille traditionnelle  famille reconstituée  famille monoparentale

Profession des parents? \_\_\_\_\_

Combien êtes-vous à la maison? \_\_\_\_\_ Nom, âge et rang de chacun des enfants au sein de la famille:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Comment votre enfant s'entend-il avec ses frères et sœurs? \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_

**Antécédents familiaux** de difficultés de langage ou d'apprentissage (ex : retard/trouble de langage, bégaiement, difficultés scolaires, déficit de l'attention, hyperactivité, dyslexie/dysorthographe, autisme, etc)

---

---

## HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT MOTEUR

À quel âge votre enfant s'est-t-il **assis**? \_\_\_\_\_

À quel âge votre enfant a-t-il **marché**? \_\_\_\_\_

À quel âge votre enfant a-t-il été **propre** de jour? \_\_\_\_\_ De nuit? \_\_\_\_\_

Éprouve-t-il des difficultés à réaliser des mouvements comme **sauter, monter les escaliers ou aller à bicyclette**?

---

Par rapport aux enfants de son âge, éprouve-t-il des difficultés de **motricité fine** (ex : manipuler des crayons pour colorier ou dessiner, découper, bricoler)

---

A-t-il tendance à porter des **objets à sa bouche** (ex : pouce, suce)? \_\_\_\_\_

---

Votre enfant a-t-il un **bon sommeil**? \_\_\_\_\_

---

Votre enfant a-t-il présenté des **particularités au plan de l'alimentation**? (ex : étouffement, passage des liquides aux solides, rejet de certaines textures, salivation)

---

---

## HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT LANGAGIER

Votre enfant a-t-il **babillé** en bas âge? (ex. bababa...) \_\_\_\_\_

---

À quel âge sont apparus les **premiers mots** (autres que «maman/papa») ? \_\_\_\_\_ Lesquels? \_\_\_\_\_

---

À quel âge a-t-il dit **deux mots de suite**? (ex. encore jus, papa parti) \_\_\_\_\_

---

À quel âge a-t-il dit ses **premières phrases**? \_\_\_\_\_

---

A-t-il eu ou a-t-il encore de la **difficulté à produire certains sons**? \_\_\_\_\_

---

Ses **phrases** sont-elles aussi bien formées que les autres jeunes de son âge? \_\_\_\_\_

---

Exemples de productions de votre enfant : \_\_\_\_\_

---

Est-ce que votre enfant comprend bien? (ex : conversation, consignes) \_\_\_\_\_

## HISTOIRE PERSONNELLE, SOCIALE ET COMPORTEMENTALE

Décrivez le **tempérament/caractère** de votre enfant : \_\_\_\_\_

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

Votre enfant présente-t-il des **comportements particuliers** dans ses jeux? \_\_\_\_\_

Votre enfant fréquente-t-il un **milieu de garde** (CPE, milieu familial)? \_\_\_\_\_

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

## ATTENTES PAR RAPPORT AUX SERVICES EN ORTHOPHONIE :

-----  
Signature du parent

Date :-----