

# ORTHOPHONIE- SCOLAIRE

Afin de mieux intervenir auprès de votre enfant, nous vous invitons à remplir le questionnaire suivant portant sur son développement général. Nous vous demandons d'y répondre au meilleur de votre connaissance. Des précisions vous seront demandées ultérieurement au besoin. Merci de votre précieuse collaboration.

Histoire générale du développement de l'enfant

Date : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION

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

Date de naissance : JJ-MM-AAA  
| | | | - | | | - | | |

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 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTOIRE PÉRINATALE

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 : \_\_\_\_\_

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

Accouchement : Normal : \_\_\_\_\_ Par césarienne : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Poids à la naissance : \_\_\_\_\_ APGAR (3 chiffres sur 10 dans le carnet de santé) : \_\_\_\_\_  
Difficultés respiratoires : \_\_\_\_\_  
Autres complications : \_\_\_\_\_

## HISTOIRE POST-NATALE

Durant les 1<sup>res</sup> semaines de vie, est-ce que l'enfant...

Digérait bien?		Dormait bien?	
À quel âge ...	S'est-il assis?	a-t-il été propre de jour?	
	A-t-il marché?	a-t-il été propre de nuit?	
Commentaires :			
Suce-il son pouce?:		Fréquence/ contextes :	
Éprouve-t-il des difficultés à réaliser des mouvements comme sauter, monter les escaliers ou aller à bicyclette?			

## HISTOIRE MÉDICALE

### HISTORIQUE DES DIFFICULTÉS DE LA SPHÈRE ORL

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 des doutes quant à l'audition de votre enfant? Non  Oui

Précisions : \_\_\_\_\_

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

Évaluations précédentes auprès d'autres professionnels (psychologue, ergothérapeute, pédopsychiatre, etc.) : \_\_\_\_\_

### AUTRES DÉTAILS MÉDICAUX/PARAMÉDICAUX PERTINENTS

Trouble de l'attention : Non  Oui  \_\_\_\_\_ Hyperactivité : Non  Oui  \_\_\_\_\_

Trouble envahissant du développement : Non  Oui  \_\_\_\_\_ Antécédents familiaux d'épilepsie : Non  Oui  \_\_\_\_\_

Commotion(s) cérébrale(s) : Non  Oui  \_\_\_\_\_ Évaluation du potentiel intellectuel : Non  Oui  \_\_\_\_\_

Évaluation en ergothérapie : Non  Oui  \_\_\_\_\_

Traumatisme crânien : Non  Oui  \_\_\_\_\_

Allergies : Non  Oui  \_\_\_\_\_

Médication régulière : Non  Oui  \_\_\_\_\_

Détails : \_\_\_\_\_

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

Dernier examen de la vue : \_\_\_\_\_

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 FAMILIALE ET SOCIALE

Situation familiale :  famille traditionnelle  famille reconstituée  famille monoparentale

Quelle est votre profession, celle de votre conjoint et/ou du père de l'enfant et le degré de scolarité le plus élevé que vous ayez obtenu? \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

## HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT LANGAGIER

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

À quel âge sont apparus les premiers mots ? \_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_

A-t-il de la difficulté à raconter une histoire ou un évènement de façon structurée? \_\_\_\_\_

Votre enfant cherche-t-il ses mots? (p. ex. remplace les mots précis par des mots vagues, a souvent un mot « sur le bout de la langue », etc.) \_\_\_\_\_

Y a-t-il des antécédents de trouble d'apprentissage, de trouble de langage ou de dyslexie-dysorthographe dans votre famille? \_\_\_\_\_

## HISTOIRE SCOLAIRE

Nom (de l' /des) école(s) fréquentées depuis la maternelle : \_\_\_\_\_

Nom de l'école présentement fréquentée : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant(e) pour l'année scolaire en cours : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un plan d'intervention à l'école? \_\_\_\_\_

Reçoit-il un enseignement adapté? (p. ex. orthopédagogie) Non  Oui  Si oui :

Nom de l'enseignante en orthopédagogie : \_\_\_\_\_

Fréquence de l'aide reçue : \_\_\_\_\_

Pour chaque année scolaire, décrivez les difficultés rencontrées et l'aide reçue :

Maternelle : \_\_\_\_\_

1<sup>ère</sup> année \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> année \_\_\_\_\_

3<sup>ème</sup> année \_\_\_\_\_

4<sup>ème</sup> année \_\_\_\_\_

5<sup>ème</sup> année \_\_\_\_\_

6<sup>ème</sup> année \_\_\_\_\_

Années suivantes : \_\_\_\_\_

Qu'avez-vous déjà essayé pour aider votre enfant dans ses difficultés scolaires? (p. ex., enseignant à domicile, aide aux devoirs, clinique de lecture, etc.) \_\_\_\_\_

## QUESTIONS À POSER À L'ENFANT

Quelle est ta matière préférée à l'école? \_\_\_\_\_

Quelle est celle que tu préfères le moins? \_\_\_\_\_

Pourquoi? \_\_\_\_\_

Comment tu procèdes quand tu écris?

Tu vois le mot écrit dans ta tête

Tu te dis le mot dans ta tête ou tout bas

Tu penses à des mots qui ressemblent à celui que tu dois écrire

Ces informations nous seront très utiles.  
Merci d'avoir pris le temps d'y répondre!

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'orthophoniste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_