



CENTRE
BOUCHE À OREILLE

Centre Bouche à oreille

Service d'orthophonie

78, rue de Martigny O, Saint-Jérôme, J7Y 2G1

centreboucheaoreille@outlook.com

450-436-2525

Nom de l'enfant : _____ Sexe : M F Âge : _____
Adresse : _____ Date de naissance : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
Nom de la mère : _____ Courriel : _____
Occupation : _____ Téléphone au travail : _____
Nom du père : _____ Courriel : _____
Occupation : _____ Téléphone au travail : _____
Date de complétion du formulaire : _____ Par qui : _____
Numéro d'assurance maladie (de l'enfant) : _____

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/dysorthographe : _____
____ 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 liées :

____ 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)

_____ dysorthographe (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

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

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)