

Questionnaire pour les enfants d'âge scolaire ayant des difficultés langagières

Voici un formulaire qui peut vous sembler long à remplir, mais qui vous permettra d'économiser du temps d'évaluation avec l'orthophoniste. L'information que vous y inscrirez est essentielle à la démarche d'évaluation et permet à l'orthophoniste de comprendre la nature des difficultés de l'enfant. Si vous le préférez, vous pouvez aussi le remplir avec votre orthophoniste au cours de la première séance d'évaluation.

INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Date de naissance : _____ Féminin Masculin

Adresse (no, rue, ville, code postal): _____

Téléphone à la maison : _____

Origine ethnique : _____

Demeure au Québec depuis quand? _____

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Nom du père : _____

Adresse et téléphone si différent de l'enfant : _____

Adresse courriel : _____

Niveau de scolarité : _____

Emploi : _____

A-t-il vécu des difficultés sur le plan du langage ou des apprentissages scolaires lorsqu'il était enfant? Si oui, spécifiez: _____

Nom de la mère : _____

Adresse et téléphone si différent de l'enfant : _____

Adresse courriel : _____

Niveau de scolarité : _____

Emploi : _____

A-t-elle vécu des difficultés sur le plan du langage ou des apprentissages scolaires lorsqu'elle était enfant? Si oui, spécifiez: _____

Les parents sont-ils séparés? Si oui, depuis quand? _____

Qui a la garde de l'enfant? _____

Listez le nom et l'âge des frères et sœurs de l'enfant : _____

Est-ce que d'autres membres de la famille ont vécu des difficultés sur le plan du langage ou des apprentissages scolaires lorsqu'ils étaient enfant? Si oui, précisez: _____

Y a-t-il eu des changements majeurs dans la famille durant la dernière année (séparation, accident, décès, déménagement, naissance, ...)? Si oui, précisez : _____

DIFFICULTÉS LANGAGIÈRES ET RAISONS DE LA CONSULTATION

Votre enfant a-t-il le goût de communiquer? _____

Comprend-il bien ce que vous lui dites ? _____

Pour communiquer votre enfant utilise :

des gestes : des phrases courtes :

des mots isolés : des phrases longues :

des combinaisons de mots :

Comprenez-vous toujours ce qu'il vous dit? _____

Est-il compris par les étrangers? _____

Comment réagit-il lorsqu'il n'est pas compris? _____

A-t-il de la difficulté à prononcer certains sons? Si oui, lesquels? _____

Quelles sont vos inquiétudes par rapport au développement de son langage et vos attentes par rapport à l'orthophonie? _____

INFORMATIONS SUR LA NAISSANCE DE L'ENFANT

La mère a-t-elle eu des problèmes de santé durant la grossesse? Si oui, précisez : _____

La mère a-t-elle pris des médicaments durant la grossesse? Si oui, lesquels : _____

L'enfant est né à _____ semaines de grossesse.

Y a-t-il eu des complications à l'accouchement? Si oui, lesquelles? _____

Poids de l'enfant à la naissance : _____ APGAR : _____

L'enfant a-t-il eu des problèmes de santé à la naissance (jaunisse, besoin d'oxygène, etc.)? Si oui, lesquels : _____

INFORMATIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

L'enfant a-t-il des problèmes de santé? Si oui, lesquels? _____

Prend-il des médicaments sur une base régulière? Lesquels et pourquoi? _____

Votre enfant a-t-il fréquemment les maladies suivantes : Environ combien de fois par année?

Otitis oui non _____ par année

Amygdalites oui non _____ par année

Infections des voies respiratoires supérieures (rhume, sinusites, ...) oui non _____ par année

Votre enfant entend-il bien? oui non

A-t-il passé un examen audiolgique? oui non

Votre enfant voit-il bien? oui non

A-t-il passé un examen visuel? oui non

Porte-t-il des lunettes? oui non

Porte-t-il une prothèse auditive? oui non

A-t-il été opéré aux: Adénoïdes (végétations) : oui non (Date : _____)

Amygdales : oui non (Date : _____)

Tympons (tubes) : oui non (Date : _____)

A-t-il déjà été hospitalisé? Si oui, pourquoi et combien de temps? _____

A-t-il des allergies? Si oui lesquelles? _____

Comment est son sommeil? _____

Consulte-t-il, ou a-t-il déjà consulté un autre spécialiste (médecin, médecin spécialiste, psychologue, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste etc.)? Si oui, lesquels et pourquoi? _____

INFORMATIONS SUR L'ALIMENTATION

L'enfant a-t-il eu des difficultés d'alimentation depuis la naissance? Cochez tous les items qui s'appliquent à votre enfant.

Difficulté à boire au sein (allaitement maternel)

Difficulté à boire à la bouteille

Prenait un temps excessif pour boire

Régurgite les liquides ou les solides par le nez

Difficulté à mastiquer ou à avaler la viande

Prend un temps excessif pour mastiquer

Salive ou bave excessivement

Votre enfant s'étouffe-t-il avec la nourriture

Si oui, avec quels aliments : _____

Votre enfant est-il difficile, sélectif avec les aliments? Si oui, quels sont ses aliments préférés : _____

Les transitions alimentaires ont-elles été difficiles (du lait aux purées, des purées aux aliments solides)? Si oui, précisez : _____

INFORMATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT MOTEUR

À quel âge approximatif s'est-il assis? _____

À quel âge approximatif a-t-il marché? _____

À quel âge approximatif a-t-il été propre de jour? _____

À quel âge approximatif a-t-il été propre la nuit? _____

Éprouve-t-il des difficultés de motricité globale (marcher, courir, sauter, etc.)? Si oui, décrivez : _____

Éprouve-t-il des difficultés de motricité fine (manipuler les petits objets, tenir les ustensiles, tenir un crayon)? Si oui décrivez : _____

A-t-il des problèmes d'équilibre? oui non

INFORMATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT LANGAGIER

Votre enfant a-t-il babillé quand il était bébé (ex : bababa)? _____

À quel âge a-t-il dit ses premiers mots? _____ Quels étaient-ils? _____

À quel âge a-t-il dit deux mots de suite (ex : encore jus)? _____

À quel âge a-t-il fait ses premières phrases? _____

Quelle est la langue maternelle de l'enfant? _____

Est-il exposé à une ou d'autres langues? Si oui, précisez lesquelles, dans quels contexte et depuis quand :

Quelles langues peut-il comprendre? _____

Quelles langues peut-il utiliser pour s'exprimer? _____

Quelle langue maîtrise-t-il le mieux? _____

INFORMATIONS SUR LE MILIEU DE GARDE

Avant de fréquenter l'école, votre enfant a-t-il...

fréquenté une garderie en milieu familial? oui non

fréquenté un Centre de la petite enfance? oui non

fréquenté une garderie privée en installation? oui non

Si oui, pendant combien de temps? _____

Langue parlée et qualité de la langue parlée par les éducatrices dans le milieu de garde : _____

L'éducatrice vous a-t-elle fait part de difficultés particulières chez votre enfant? Si oui, précisez :

INFORMATIONS SUR LE MILIEU SCOLAIRE

Niveau scolaire actuel : _____

Nom de l'école : _____

Votre enfant fréquente-t-il ou a-t-il déjà fréquenté une classe spéciale (classe de langage, classe d'accueil, etc.)?

A-t-il déjà repris une année scolaire : oui non

Si oui, pourquoi? _____

Reçoit-il de l'aide particulière à l'école (orthopédagogue, éducateur spécialisé, psychoéducateur, orthophoniste, psychologue)? Si oui, précisez (type d'aide, raison, depuis quand, à quelle fréquence)? _____

A-t-il des difficultés sur le plan académique? Depuis quand? Quelle est la nature des difficultés? Les difficultés ont-elles évolué? _____

Avez-vous des inquiétudes ou l'enfant éprouve-t-il des difficultés pour les aspects suivants?

attention oui non

mémoire oui non

apprentissage de nouvelles connaissances oui non

compréhension de consignes données individuellement et/ou en groupe oui non

compréhension dans le bruit oui non

L'enseignante de votre enfant vous a-t-elle fait part de difficultés particulières chez votre enfant? Si oui, précisez:

Quelles sont ses habitudes de lecture et d'écriture à la maison? _____

La lecture et l'écriture sont-elles des activités valorisées à la maison? _____

De quel type d'encadrement votre enfant a-t-il besoin pour réaliser ses travaux scolaire à la maison? _____

Quelles sont vos attentes face à l'école, aux apprentissages et à la maîtrise de la lecture/écriture de votre enfant?
Avez-vous des inquiétudes par rapport à sa réussite scolaire? _____

INFORMATIONS SUR LA PERSONNALITÉ DE L'ENFANT ET SES INTÉRÊTS

Votre enfant a-t-il des amis (cousins, voisins, etc.)? oui non

Est-ce qu'il s'entend bien avec ses amis? oui non

Quelles sont ses activités ou ses jeux préférés? _____

Décrivez votre enfant (caractère, force, faiblesse, comportements particuliers) : _____

Combien de temps peut-il rester concentré ou intéressé à une activité? _____

Quelle est sa tolérance face aux difficultés scolaires? _____

Croyez-vous que ses difficultés ont un impact sur sa vie sociale? _____

Croyez-vous que votre enfant a de la difficulté à se motiver, à se mobiliser dans ses apprentissages? _____

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? _____

Quelle est son attitude face à l'école? _____

Présente-t-il une bonne estime de soi? _____

Autres informations que vous aimeriez nous communiquer : _____

Questionnaire complété par _____ le _____

(NOM)

(DATE)

Relation avec l'enfant (père, mère, tuteur, ...) : _____

_____, orthophoniste #

Date : _____