

# ANAMNÈSE - 1 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

(N.B. : le carnet de santé de votre enfant peut vous être utile pour remplir ce questionnaire)

Nom de la personne qui complète ce questionnaire : \_\_\_\_\_

## Informations générales



Nom de l'enfant :	Nationalité :
Date de naissance :	Date d'entrée au pays : (si applicable) :
Sexe : 0 F 0 M	École fréquentée :
Téléphone :  Maison                      Bureau/Cell.	Degré scolaire actuel et année scolaire en cours (ex : 3 <sup>ième</sup> – 2007-2008) :
Mère :	Nom de l'enseignant(e) :
Père :	
Adresse postale des parents:	

## Histoire familiale



Personnes vivant avec l'enfant

	Nom	Âge	Scolarité	Profession
Père				
Mère				
Frères et sœurs				
1				
2				
3				
4				
Belle-mère                      ou beau-père*				
Autres**				

\* Si famille recomposée

\*\* Parenté, tuteurs, gardiens.

## ANAMNÈSE - 2 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

Statut familial (cochez ce qui s'applique)

- Famille naturelle (père et mère de l'enfant vivant ensemble mariés ou pas)
- Parents séparés ou divorcés Depuis quand? \_\_\_\_\_
- Veuf ou veuve Depuis quand? \_\_\_\_\_
- Enfant adopté À quel âge? \_\_\_\_\_
- En famille d'accueil

Garde de l'enfant (dans le cas d'une séparation ou divorce)

Qui a la garde de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Depuis quand? \_\_\_\_\_

Type de garde

- Partagée
- Visites sur une base régulière la fréquence : \_\_\_\_\_
- Visites occasionnelles la fréquence : \_\_\_\_\_

Langue parlée

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

Langue maternelle :

De la mère : \_\_\_\_\_ du père : \_\_\_\_\_ de l'enfant : \_\_\_\_\_

### Histoire de la grossesse/ naissance et développement



Histoire périnatale

Santé de la mère durant la grossesse

Médicaments ou drogues utilisés durant la grossesse (alcool-drogues-tabac) :

Durée de la grossesse :

- À terme
- Avant terme (précisez : \_\_\_\_\_)
- Après terme (précisez : \_\_\_\_\_)

## ANAMNÈSE - 3 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

### Accouchement :

- Accouchement naturel
- Césarienne

Durée du travail : \_\_\_\_\_

Type de présentation : \_\_\_\_\_

Utilisation des forceps ou autres : \_\_\_\_\_

Complications :

Poids et taille à la naissance : \_\_\_\_\_

APGAR : \_\_\_\_\_

Autres :

### Histoire post-natale

#### Premières semaines de vie : particularités

- Difficulté à respirer
- Difficulté à se nourrir
- Problèmes de sommeil
- Convulsions
- Autres (agitation, éveil)

Expliquez :

### Développement

Vous souvenez-vous à quel âge :

- ✓ Il s'est assis : \_\_\_\_\_
- ✓ Il a rampé : \_\_\_\_\_
- ✓ Il a marché à quatre pattes : \_\_\_\_\_
- ✓ Il a marché seul : \_\_\_\_\_
- ✓ Il a été propre de jour : \_\_\_\_\_
- ✓ Il a été propre de nuit : \_\_\_\_\_
- ✓ Il a dit ses premiers mots : \_\_\_\_\_
- ✓ Il a dit ses premières phrases : \_\_\_\_\_

A t-il connu un retard selon vous dans une sphère en particulier ? (Ex : compréhension orale, expression orale, motricité fine, motricité globale?)

De façon générale, comment décrivez-vous le comportement de votre enfant durant les deux premières années de sa vie?

- Facile
- Difficile
- Lent à s'ajuster

Expliquez :

# ANAMNÈSE - 4 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

## Préférence manuelle

De quelle main se sert-il pour écrire :

Droite  Gauche  Les deux

Et pour les autres activités :

Droite  Gauche  Les deux

## Histoire médicale



Problèmes d'audition (actuels ou passés, otites à répétition et tubes inclus) :

Date de la dernière consultation à cet effet (audiologie) :

Problèmes de vision (actuels ou passés) :

Date de la dernière consultation à cet effet (optométrie) :

Maladies infantiles (otites, oreillons, varicelles, amygdalites, allergies, problèmes thyroïdiens, etc.) ou autres maladies graves?

Accidents, traumatismes, blessures etc. :

Opérations :

Convulsions ou des crises d'épilepsies (actuelles ou passés) :

Hospitalisation :

- Non  
 Oui, remplissez l'encadré suivant :

âge	durée	motif

# ANAMNÈSE - 5 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

## Votre enfant se plaint-il souvent

- De maux de tête
- D'étourdissements
- De crampes ou de douleurs abdominales sans raison apparente
- De fatigue
- Autres? \_\_\_\_\_

## Récemment, avez-vous remarqué des changements

- Dans sa façon de parler
- Au plan de sa mémoire
- En ce qui a trait à son sommeil
- Au plan de son rendement scolaire ou de sa motivation scolaire
- Dans sa démarche (se heurte sur des objets, tombe souvent, etc.)
- Dans ses relations avec les pairs
- Apparition de tics
- Autres : \_\_\_\_\_

Précisez la nature des problèmes :

## L'enfant a-t-il été vu ou suivi par un spécialiste à l'école, en milieu hospitalier ou au privé?

- Psychologue ou psychothérapeute
- Psychiatre
- Neurologue
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Orthopédagogue
- Travailleur (se) social(e)
- Médecine alternative ou autres

Si vous avez coché une des cases, remplissez l'encadré suivant :

Âge de l'enfant	Spécialité	Nom du spécialiste	Endroit	Période de la consultation

# ANAMNÈSE - 6 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

**Médication**

- Non
- Oui; Quel(s) médicament(s) prend-t-il? (liste)

**Produits naturels**

- Non
- Oui; Quel(s) produit(s) prend-t-il?

**Nom de son psychiatre ou de son médecin :** \_\_\_\_\_

**Date du dernier examen médical :** \_\_\_\_\_

Y a-t-il un autre membre de la famille qui souffre ou a souffert de (cochez et précisez s'il y a lieu) :

	√	Degré de parenté avec l'enfant
Convulsions - épilepsie		
Histoire de maux de tête/migraines		
Problèmes affectifs		
Déficiência intellectuelle		
Difficultés à l'école (voir la section scolaire)		
Maladies du système nerveux		
Troubles psychologiques (précisez) (dépression, anxiété, manico-dépression)		
Autres ?		

### Vie quotidienne

Votre enfant dort-il seul ou avec vous ? S'il ne dort pas seul ou dort avec vous à l'occasion, détaillez ces conditions :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	√	Commentaires ?
Trouble du sommeil		
- Agitation		
- Dort profondément		
- Parle pendant son sommeil		
- Somnambulisme		
- Peur du noir		
- Mouille son lit		
- Se souvient de ses rêves (+ ou -)		
- Fait des cauchemars		
- Terreurs nocturnes		
- Ronfle		
- Cesse de respirer (apnée du sommeil)		
Autres ?		



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

Horaire

En général, la semaine il se lève à \_\_\_\_\_ et se couche à \_\_\_\_\_  
La fin de semaine, il se lève à \_\_\_\_\_ et se couche à \_\_\_\_\_

Combien de temps prend-il pour s'endormir ?

\_\_\_\_\_

Le matin, au lever, est-il en forme ?

- Oui
- Non

S'endort-il facilement en auto ?

- Oui
- Non

**Histoire scolaire**

Si votre enfant est à la garderie, remplissez les cases possibles seulement



Votre enfant a-t'il connu un retard au niveau de ses habiletés préscolaires (nommer les couleurs, découpage, dessin ou coloriage, reconnaître ses chiffres ou lettres, etc.). Détaillez si c'est le cas.

- Oui
- Non

\_\_\_\_\_

A-t-il eu des difficultés de séparation lors de départs ? Si oui, jusqu'à quel âge. ?

- Oui
- Non

\_\_\_\_\_

A-t-il déjà repris une année ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_

## ANAMNÈSE - 8 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

Avez-vous l'impression que votre enfant présente des troubles d'apprentissage?

- Oui
- Non

Si oui, en quelle année ces difficultés ont-elles commencé ?

Avez-vous des inquiétudes sur le fonctionnement ou de rendement de votre enfant dans l'une ou l'autre de ces sphères :

<input type="checkbox"/> Attention	<input type="checkbox"/> Motricité fine
<input type="checkbox"/> Mémoire	<input type="checkbox"/> Motricité
<input type="checkbox"/> Apprendre de nouvelles connaissances	<input type="checkbox"/> Lecture
<input type="checkbox"/> Développement social	<input type="checkbox"/> Écriture (contenu)
<input type="checkbox"/> Confiance en soi/estime de soi	<input type="checkbox"/> Épellation (orthographe des mots)
<input type="checkbox"/> Humeur (tristesse, anxiété)	<input type="checkbox"/> Mathématique
	<input type="checkbox"/> Autonomie

autre, décrivez :

\_\_\_\_\_

Est-il en classe pour troubles d'apprentissage ?

- Oui
- Non

Est-il en classe pour troubles du comportement ?

- Oui
- Non

Au retour de l'école, votre enfant est :

- fatigué
- agité
- a des maux de tête
- autres : \_\_\_\_\_

Vous parle-t-il de ce qu'il fait à l'école ? \_\_\_\_\_ ou plutôt des autres ? \_\_\_\_\_

Qui l'aide pour ses devoirs et leçons ? \_\_\_\_\_

Combien de temps prend-il pour ses devoirs et leçons ? \_\_\_\_\_

Est-ce une période difficile ? Décrivez

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



# ANAMNÈSE - 9 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

## Histoire affective et sociale



Votre enfant s'entend-il bien avec les amis de son âge ? Décrivez :

---

---

---

Combien d'amis a-t'il? \_\_\_\_\_

Viennent-ils à la maison ? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant vous rapporte fréquemment des incidents et/ou conflits avec les autres enfants de l'école ou à l'extérieur de l'école ?

---

---

---

### Comportement

Comment définissez-vous le comportement de votre enfant à la maison?  
(description de l'heure des repas, l'heure du coucher, départ et retour de l'école)

Comment définissez-vous le comportement de votre enfant en classe?

Et son comportement lors des périodes de jeux (type et fréquence des transitions)?

## ANAMNÈSE - 10 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

### Relation avec les ADULTES

Décrivez la relation mère-enfant et père-enfant

Décrivez la relation enseignante-enfant

### Humeur

Comment définissez-vous l'humeur de votre enfant en général?  
(tristesse, anxiété, sensible, etc.)

### Forces de l'enfant

Quelles sont les qualités de votre enfant?

# ANAMNÈSE - 11 -



Création : Dre Josée Douaire, psychologue

4. Comparativement à d'autres enfants de son âge, où situez-vous votre enfant sur l'échelle suivante ?

	Beaucoup moins	Un peu moins	À peu près pareil	Un peu plus	Beaucoup plus
impulsif					
généreux					
attentif aux					
expressif					
sage					
opposant					
vantard					
timide					
responsable					
casse-cou					
perfectionniste					
agressif					
sérieux					
mature					
actif					
excitable					
anxieux					
curieux					
sociable					
dépressif					
maladroit					
enthousiaste					
gêné					

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. C'est vous qui connaissez le mieux votre enfant et votre participation à l'évaluation est essentielle à une meilleure compréhension de ce dernier.