

## QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du parent 1 : \_\_\_\_\_ Nom du parent 2 : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire atteint : \_\_\_\_\_

Emploi (type, nombre d'heures par semaine) : \_\_\_\_\_

### HISTOIRE FAMILIALE

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

Langue de scolarisation : \_\_\_\_\_ Langue de travail : \_\_\_\_\_

Situation familiale (marié, conjoint, séparé, divorcé, décédé, etc.) et depuis combien de temps :  
\_\_\_\_\_

Avez-vous des enfants, indiquez si l'enfant habite à un endroit différent.

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

### HISTOIRE DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

Le médecin/les parents ont-ils noté des problèmes lors de la grossesse ou de l'accouchement, si oui expliquez :  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous né à terme, indiquez le nombre de semaines : \_\_\_\_\_

Pendant la grossesse, votre mère a-t-elle consommé de l'alcool (nombre de verres/jour) : \_\_\_\_\_  
du tabac (nombre/jour) : \_\_\_\_\_

À la naissance, quel était : votre poids : \_\_\_\_\_ l'Apgar (ex.9-9-10) : \_\_\_\_\_ votre périmètre crânien : \_\_\_\_\_

## HISTOIRE MÉDICALE

Nom du médicament ou de la molécule et posologie	Pour traiter quelle problématique	Date de début et de fin du traitement

Suivis antérieurs	Motif de consultation	Nom du professionnel	Dates début-fin
Psychologie			
Neuropsychologie			
Ergothérapie			
Psychoéducation			
Travail social			
Orthophoniste			
Orthopédagogue			
Autre :			

Antécédents familiaux	Cochez	Lien de parenté
Convulsions-épilepsie		
Déficiência intellectuelle		
Trouble d'apprentissage (langage écrit/mathématiques)		
Trouble du déficit de l'attention (TDAH ou TDA)		
Tics/Syndrome de Gilles de la Tourette		
Dépression		
Anxiété		
Troubles du spectre de l'autisme (TSA, TED, Asperger)		
Trouble du langage oral (dysphasie)		
Trouble de la motricité ou praxique (TDC, TAC)		
Autre, précisez		

Avez-vous des problèmes de santé connus (épilepsie, convulsions, diabète, etc.) :

---



---

Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (neurologue, gastroentérologue, ORL, etc.), si oui précisez (spécialité, fréquence du suivi et dernier rendez-vous) :

---



---

Avez-vous déjà perdu connaissance ou eu un accident, si oui décrivez en précisant la nature de l'incident, le moment, si une consultation médicale a eu lieu et les symptômes observés immédiatement et après :

---

---

Avez-vous déjà subi des opérations, si oui, laquelle/lesquelles et quand :

---

---

Avez-vous déjà été vu en optométrie, si oui, date de la dernière visite et conclusion :

---

Avez-vous déjà été vu en audiologie, si oui, date de la dernière visite et conclusion :

---

Avez-vous eu plusieurs infections aux oreilles :

---

Avez-vous des problèmes au niveau de l'alimentation, des problèmes par rapport à la quantité ou la variété ?

---

Avez-vous des difficultés concernant son sommeil (ex. cauchemars, insomnie, somnambulisme, somniloquie) :

---

---

Indiquer votre heure de coucher et de réveil la semaine et la fin de semaine :

---

Consommez-vous de la drogue, de l'alcool, des boissons énergisantes, du café, du tabac ?

---

---

## HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

### LANGAGE

À quel âge avez-vous dit vos premiers mots ? : \_\_\_\_\_ Vos premières phrases (2 mots) ? : \_\_\_\_\_

Notez-vous des difficultés au niveau du langage (articulation, prononciation, bégaiement, chercher ses mots) :

---

---

### MOTRICITÉ

À quel âge avez-vous fait vos premiers pas : \_\_\_\_\_ Marché de façon autonome : \_\_\_\_\_

Êtes-vous droitier, gaucher ou ambidextre et est-ce que la dominance latérale s'est rapidement effectuée :

---

Avez-vous des difficultés au niveau de la motricité globale (s'habiller, marcher, sauter, attraper, équilibre, maladresse, etc.) et/ou de la motricité fine (faire des boucles, boutonner, lacer, dessiner, calligraphie, etc.), si oui, décrivez :

---

Pratiquez-vous des sports, si oui lesquels et à quel niveau :

---

## SENSORIEL

Avez-vous des particularités sensorielles (tactile/toucher, auditif, visuel), si oui décrivez :

---

---

Avez-vous des tics moteurs (ex. clignement d'yeux, étirement du cou), sonores (ex. reniflement, sifflement), des maniérismes, des stéréotypies (tourne en rond sur soi, bat des bras flapping), si oui décrivez :

---

---

Actuellement ou dans la petite enfance, avez-vous eu des maniérismes ou des mouvements stéréotypés (tourner en rond sur soi, battre des bras flapping), si oui décrivez :

---

---

## COMPORTEMENTS — PERSONNALITÉ

Quelles sont vos plus grandes qualités (ex. généreux, patient, sociable, etc.) :

---

---

Quels sont vos plus grands défis (ex. impulsif, timide, agressif, etc.) :

---

---

Quels sont vos intérêts (activités, loisirs) :

---

---

Comment décririez-vous vos fonctions cognitives (attention, mémoire, raisonnement, organisation) :

---

---

Est-ce que vous vous adapter facilement aux changements dans la routine ou démontrez-vous de la rigidité (ex. effectuer les tâches dans le même ordre) :

---

---

Comment décririez-vous votre gestion comportementale/émotionnelle (agitation, agressivité) :

---

---

Présentez-vous des signes d'anxiété (ex. peur de l'abandon, anticipation négative, phobie) :

---

---

Comment décririez-vous vos habiletés sociales :

---

---

Comment interagissez-vous avec les personnes en situation d'autorité :

---

---

Avez-vous déjà vécu des événements particulièrement stressants ou potentiellement traumatiques ?

---

---

Veillez indiquer la durée approximative par jour que vous passez sur des appareils électroniques (télévision, tablette, téléphone, ordinateur, jeu vidéo) en dehors des heures de travail :

---

---

### HISTOIRE SCOLAIRE

Avez-vous eu des difficultés d'apprentissage (Lecture, écriture, compréhension, mathématique, rythme de travail, respect des consignes) :

---

---

Autres commentaires :

---

---

---

---

Je confirme que j'ai rempli ce questionnaire au mieux de mes connaissances

Nom et prénom de la personne ayant rempli le questionnaire : \_\_\_\_\_

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