

Nom du médecin
Nom de l'enfant :

Date de l'examen :
Date de naissance

Questionnaire parental / enfant de 4 ans

Questionnaire rempli par : le père la mère les deux autre (préciser) : _____

ANTECEDENTS

Grossesse et naissance (prématurité, faible poids, enfant adopté) : _____

Age de la marche : _____ mois

1) Traitements en cours : _____ oui non

Préciser _____

2) Antécédents d'hospitalisations et/ou de problèmes de santé _____ oui non

Si oui détailler : _____

3) Votre enfant a-t-il eu des difficultés de langage _____ oui non

A-t-il déjà été rééduqué(e) par une orthophoniste _____ oui non

Préciser _____

Problème de langage dans la famille _____ oui non

préciser _____

CONDITIONS DE VIE

Situation parentale Parents vivant dans le même foyer _____ oui non

Famille monoparentale _____ oui non

Famille recomposée _____ oui non

4) Composition de la famille (nombre d'enfants et adultes présents à la maison)

Préciser _____

Activité du père : _____ Activité de la mère : _____

5) Evénements familiaux _____ oui non

Si oui lesquels : _____

6) Temps quotidien passe devant la télé

7) ALIMENTATION

Votre enfant :

Mange-t-il entre les repas (grignotage) ? _____ oui non

Faut-il le forcer ou le freiner pour manger ? _____ oui non

Se brosse-t-il les dents au moins deux fois par jour ? _____ oui non

8) SOMMEIL

Votre enfant

Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ? _____ oui non

Prend-il un biberon la nuit ? _____ oui non

Ronfle-t-il régulièrement en dormant ? _____ oui non

A-t-il des problèmes de sommeil (s'endort difficilement, se réveille trop tôt , se réveille la nuit)

_____ oui non

Heure du coucher : |__|__| H |__|__|

9) AUTONOMIE ET HABILETE

Votre enfant

Aime-t-il dessiner ? _____ oui non

Mange-t-il proprement ? _____ oui non

Sait-il s'habiller seul ? _____ oui non

Sait-il se servir des ciseaux ? _____ oui non

Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction ? _____ oui non

Est-il attiré par les activités manuelles (bricolage, gommettes, pâte à modeler) ? _____ oui non

Nom du médecin
Nom de l'enfant :

Date de l'examen :
Date de naissance

10) CONTROLE SPHINCTERIEEN

Votre enfant :

- Est-il propre de jour ? oui non
A-t-il des accidents dans la journée (slip taché ? gouttes ?...) oui non
A-t-il des problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, irrégulières, constipation) - oui non

11) COMPORTEMENT

Votre enfant :

- Bouge-t-il tout le temps ? oui non
Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ? oui non
Se met-il en colère à la moindre contrariété, est il bagarreur? oui non
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne? oui non
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ? oui non
Peut-il mener jusqu'à son terme une activité prolongée ? oui non

12) VIE AFFECTIVE

Votre enfant :

- Est-il souvent angoissé ? oui non
Exprime-t-il de la tristesse ? oui non
Si oui est-ce la plupart du temps ? oui non
Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne
(sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple)? oui non

13) VIE RELATIONNELLE

Votre enfant :

- A-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison) ? oui non
Peut-il jouer seul dans une pièce ? oui non
A-t-il du mal à se faire des copains ? oui non
Est-il très timide voir renfermé ? oui non
Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ? oui non

14) AUDITION

- Trouble de l'audition déjà détecté ou suivi ORL en cours ? oui non
Votre enfant parle-t-il fort ? oui non
Fait-il répéter ? oui non
Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télé ? oui non
Entend-il mal quand il y a du bruit autour ? oui non
Comprend-il tout ? oui non

15) VISION

- Trouble de la vision déjà détecté ou suivi ophtalmologique en cours ? oui non

16) DIFFICULTE SIGNALÉE A L'ÉCOLE ? OUI NON

Si oui laquelle _____

17) Est-il ou a-t-il suivi sur un plan psychologique (CAMSP, un CMPP, un CMP, psychologue de ville) ?

oui non _____

Pour quelle raison ? _____

18) VOTRE ENFANT VOUS MET-IL EN DIFFICULTE DANS LA PLUPART DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE ? OUI NON