

Dans l'optique de vous offrir le meilleur service possible, nous avons créé ce questionnaire afin d'avoir une première idée de l'histoire, des forces, des faiblesses et du niveau de fonctionnement de votre enfant au quotidien. L'ergothérapeute responsable de votre dossier examinera les réponses que vous fournissez dans ce questionnaire avant votre première rencontre. Veuillez être aussi complet que possible et n'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions.

info@enfantsenequi-libre.com

(438) 403-3341

Qu'est-ce qui vous inquiète chez votre enfant? (Motif de la référence)

--

Qu'elles sont vos attentes en ergothérapie?

--

Histoire médicale

Diagnostic:

Médication:

Intervention chirurgicale:

Spécialistes	Nom	Location	Date	Rapport dispo (O/N)
Pédiatre				
Audiologiste				
O.R.L.				
Orthophoniste				
Ergothérapeute				
Physiothérapeute				
Psychologue				
Psychiatre				
Travailleur Social				

Neurologue				
Infirmière				
Nutrition				
Psychoéducation				
Éducation spécialisée				
Autre				

* Veuillez joindre les rapports si possible

Grossesse et accouchement
Comment décririez-vous votre grossesse ?
Comment décririez-vous votre accouchement?

Période néonatale
Lieu de naissance:
Poids à la naissance:
APGAR:

Profil de développement (indiquer l'âge de l'enfant lorsqu'il a atteint les étapes suivantes)
Rouler du dos au ventre:
Rouler du ventre au dos:
Maintenu la position assise:
Marcher à quatre pattes:
Marcher:
Peut-il faire du vélo/tricycle:
Descendre les escaliers:
Attraper un ballon:

Profil de développement (décrire les capacités de l'enfant)
Préhension du crayon:
Préhension du ciseau:
Découpage:
Prendre de petits objets:
Colorier:
Boutonner:

Environnement physique et social
L'enfant vie avec:
Frères et sœurs (combien et âge)?
L'enfant entretient-il de bonnes relations avec les membres de sa famille?
Qu'elles sont les langues parlées?

Garderie
Nom de la garderie:
Numéro de téléphone:
Milieu familiale our CPE:
Nombre de jours par semaine:
Fonctionnement:

École
Nom de l'école:
Numéro de téléphone:
Niveau académique:
Enseignant:

Est-ce que l'enfant reçoit des services:
Fonctionnement:

Alimentation
Est-ce que votre enfant a bien allaité:
Bien accepté les purées avec morceaux:
Tendance à être sélectif ou difficile dans le choix de ses aliments:
Tendance à avaler tout rond ses aliments:
Est-ce que votre enfant peut utiliser la cuillère:
Utiliser la fourchette:
Utiliser le couteau pour tartiner:
Utiliser le couteau pour couper:
Boire au verre à bec:
Boire au verre:
Ouvrir des contenants:
Manger proprement:
Autre commentaire:

Sommeil
Horaire de sommeil:
Votre enfant fait-il une sieste, si oui, à quelle heure:
Quelle est la routine du coucher:
Quelle est la qualité de leur sommeil:
Autre commentaire:

Hygiène corporelle
Est-ce que votre enfant peut participer à se laver sur demande:
Se laver seul:

Se laver les mains:
Se moucher:
Se brosser les dents:
Autre commentaire:

Hygiène excrétrice
Votre enfant a-t-il acquis la propreté le jour (si oui à quel âge):
Acquis la propreté la nuit (si oui à quel âge):
S'essuit-il seul:
Besoin d'équipement particulier:
Autre commentaire:

Habillage
Votre enfant peut-il enlever ses vêtements:
Essayer de s'habiller:
S'habille seul:
Se déshabille seul:
Mettre les souliers dans le bon pied:
Boutonner ses vêtements:
Déboutonner ses vêtements:
Autre commentaire:

Loisirs
Quelles sont ses activités préférées?
Fait-il de la bicyclette (avec ou sans roues stabilisatrices)?

Que fait-il lorsqu'il doit s'occuper seul à la maison?

Autre commentaire:

Comportements et fonctionnement global

Il y a-t-il des aspects du comportement de votre enfant qui vous inquiètent? (humeur, niveau d'activité, capacité de concentration, réactions face aux transitions, à la séparation ou au départ des parents, socialisation avec les pairs)

Globalement, comment fonctionne votre enfant à la maison / garderie?