

Clinique de pédopsychiatrie

Questionnaire préliminaire à l'évaluation clinique

Identification

Enfant:

Nom: prénom: âge:
Date de naissance: lieu natal:
Adresse: ville-arrond: code postal:
Tel: dom: bureau: cellulaire:
No. ass.-maladie: exp.:
Courriel:
Médecin traitant (obligatoire):

Mère:

Nom (fille): prénom: âge:
Lieu de naissance:
- Etat civil: mariée séparée divorcée no. d'années:
- Degré de scolarité: occupation:

Père:

Nom: prénom: âge:
Lieu de naissance:
Etat civil: marié séparé divorcé no. d'années:
Degré de scolarité: occupation:

Fratrie: Enumérez ci-dessous les autres enfants de la famille, selon leur ordre de naissance. prénom, âge, scolarité, demeurant au foyer ou non, occupation.

1)
2)
3)
et autres personnes:
.....
.....

Nouveau (velle) conjointe(e), ou vie commune:

Du beau-père: prénom: âge: nombre d'enfants:
Occupation: état civil:
De belle-mère: prénom: âge: nombre d'enfants:
Occupation: état civil:

Histoire scolaire de votre enfant

École fréquentée: comm. scolaire:
Dernière année complétée ou année en cours :
Nom du professeur(e): directeur(trice):
Évaluations antérieures:
.....
.....
.....
.....

Nom des écoles récentes: année académique

1)de.....à.....
2)de.....à.....

Votre enfant a-t-il eu des difficultés à l'école en rapport avec:

- Ses études? (lecture, écriture, calcul mental, concentration et attention)

- Son comportement? (suractivité, agressivité, impulsivité, négativisme)

- Ses relations au professeur? (obéissance, discipline)

- Ses relations à ses camarades? (partage, tolérance, timidité)

Histoire médicale et développement

1) **Mère:** Histoire médicale

-Période d'infertilité.....no. années.....Traitement.....

-Menaces ou avortements spontanés..... mois.....

Grossesse:

nausées.....vomissements.....contractions prématurées.....hémorragies.....

durée en semaines.....

traitement.....médication..... alcool..... tabac.....

prise de poids.....guidance médicale.....diététique:.....

Travail:

naturel.....provoqué.....césarienne.....

durée de l'accouchement:.....complications:.....

(suite mère):

1-**glycémique:**

. hypoglycémie:.....embonpoint antérieur..... actuel:.....

. diabète gestationnel:.....1^{er} grossesse:.....2^{ième}.....autres:.....

. ascendance diabétique:

maternelle:.....paternelle:.....

2- **thyroïdienne:**

goitre:.....hyperthyroïdie:.....

ascendance:

maternelle:.....paternelle.....

3- **poids actuel:**.....tour de taille:.....indice de masse corporelle (IMC):

2) **Père:** histoire médicale

1 - **obésité** :..... embonpoint :..... tabagisme :

2 - **diabète individuel:**..... familial :

3 - **poids actuel:**.....tour de taille:.....indice de masse corporelle (IMC):

3) **Enfant:** Histoire médicale et développement

Poids actuel.....tour de taille:.....indice de masse corporelle (IMC):.....

suite enfant: Naissance: couleur..... tonus..... poids.....appétit.....
rythme sommeil/éveil.....APGAR: 1.....5.....10 min.....

A quel âge votre enfant a

- . tenu sa tête rampé..... marchécouru..... sauté.....
- . grimpé sans tomber..... fait du vélo à 3 et 2 roues.....
- . cessé de mouiller son lit..... contrôlé ses intestins.....
- . dit ses premiers mots..... parlé franc.....
- . joué seul..... inventé des histoires?.....

- Décrivez le caractère de votre enfant:

.....

- Visuel/auditif/moteur:

- Attitudes à la maison (sens des limites, de l'ordre):.....

.....

- Sens du danger (prudence):

.....

- Sens de la vérité ou du fantastique (affabulation):

.....

- Coordination:

- Jeux et sports:

.....

- Événements particuliers:.....

.....

Antécédents médicaux :

-Quand votre enfant a-t-il eu son dernier examen médical?

Résultats: nom du médecin:

-Enumérez ci-dessous:

(1) maladies, accidents, opérations: (date, médecin, hôpital, durée)

1.....

.....

2.

.....

(2) maladies héréditaires, ex.: allergie, diabète, maladie bipolaire (dépression cyclique),

etc.....

.....

.....

Médication actuelle:

.....

.....

.....

Résumé du problème:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

