



PÉDOPSYCHIATRIE
QUESTIONNAIRE PRÉ-ÉVALUATION
INFORMATION PERSONNELLE

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____
Lieu de naissance : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ Ville-Arrond. _____ Code postal : _____
Tél. Résidence : _____ Tél. au travail père, mère : _____ Cell. Père, mère : _____
Courriel : _____
Numéro RAMQ (assurance-maladie) : _____ Date exp. : _____
Source de référence : _____ Médecin de famille : _____
Nom du CLSC : _____ Nom de l'intervenant(e) : _____

HISTOIRE SCOLAIRE

École fréquentée : _____ Commission scolaire : _____
Dernière année complétée ou année en cours : _____ Nom du professeur(e) : _____ Directeur(trice) : _____
Évaluations antérieures : _____

Nom des écoles récentes, années académiques :

1. _____ de _____ à _____
2. _____ de _____ à _____

Difficultés à l'école en rapport avec :

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

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

- Ses relations avec le professeur ? (obéissance, discipline)

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

HISTOIRE MÉDICALE ET DÉVELOPPEMENTALE

Naissance : Couleur : _____ Tonus : _____ Poids : _____ Appétit : _____
Rythme sommeil/éveil : _____ APGAR : 1 _____ 5 _____ 10 min. : _____
À quel âge votre enfant a tenu sa tête _____ rampé _____ marché _____ couru _____ sauté _____
grimé sans tomber _____ fait du vélo à 3 et 2 roues _____ cessé de mouiller son lit _____ contrôlé ses intestins _____
dit ses premiers mots _____ pointé du doigt _____ acquis le langage _____ joué seul _____ inventé des histoires _____
Décrivez le caractère de votre enfant : _____ Visuel, auditif ou moteur : _____

**PÉDOPSYCHIATRIE
QUESTIONNAIRE PRÉ-ÉVALUATION
INFORMATION PERSONNELLE**

Nom, prénom: _____
Dossier: _____

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

Poids : _____ Taille : _____ actuels.
Quand votre enfant a-t-il eu son dernier examen médical ? _____
Résultats : _____
Nom du médecin : _____

Énumérez ci-dessous :
Les maladies, accidents, opérations : (date, médecin, hôpital, durée) : _____

Les maladies héréditaires (ex. allergies, diabète, etc.) : _____

MÉDICATION ACTUELLE :

RÉSUMÉ DU PROBLÈME : _____

TOUTES LES RÉPONSES SONT CONFIDENTIELLES. UNE ÉVALUATION SUBSÉQUENTE NE PEUT PAS SERVIR, EN DEHORS DE L'ACCORD DU MÉDECIN CONSULTANT, D'EXPERTISES EN SOI (SOCIALE, SCOLAIRE, LÉGALE), MAIS PERMETTRA D'ABORD D'ÉTABLIR UNE HYPOTHÈSE DIAGNOSTIC ET UN PLAN DE TRAITEMENT.

SIGNATURE (PARENT/TUTEUR) : _____ **DATE :** _____