



PÉDOPSYCHIATRIE
QUESTIONNAIRE PRÉ-ÉVALUATION
INFORMATION FAMILIALE

IDENTIFICATION DES PARENTS

MÈRE :

Nom (fille) : _____ Prénom : _____ Âge : _____
 Lieu de naissance : _____
 État civil : Célibataire : _____ Mariée : _____ Séparée : _____ Divorcée : _____ # d'années : _____
 Degré de scolarité : _____ Occupation : _____
 Numéro RAMQ : _____ Exp. : _____ Adresse courriel : _____

PÈRE :

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____
 Lieu de naissance : _____
 État civil : Célibataire : _____ Marié : _____ Séparé : _____ Divorcé : _____ # d'années : _____
 Degré de scolarité : _____ Occupation : _____
 Numéro RAMQ : _____ Exp. : _____ Adresse courriel : _____

FRATRIE : Énumérez 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. _____
4. _____

ET AUTRES PERSONNES :

Nouveau conjoint :

Du père : Prénom : _____ Âge : _____ Nombre d'enfants : _____
 Occupation : _____ État civil : _____
 Numéro RAMQ : _____ Exp. : _____

De la mère : Prénom : _____ Âge : _____ Nombre d'enfants : _____
 Occupation : _____ État civil : _____
 Numéro RAMQ : _____ Exp. : _____

HISTOIRE MÉDICALE ET DÉVELOPPEMENT

MÈRE : HISTOIRE MÉDICALE

Période d'infertilité : _____ No. Années : _____ Traitement : _____
 Menaces ou avortements spontanés : _____ Mois : _____
 Grossesse : Nausées : _____ Vomissements : _____ Contractions prématurées : _____
 Hémorragies : _____ Durée : _____ Traitement : _____ Médication : _____ Alcool : _____
 Tabac : _____ Prise de poids : _____ Hypertension : _____ Gonflement des membres : _____
 Semaines de gestation : _____ Éclampsie : _____
 Travail : Naturel : _____ Provoqué : _____ Césarienne : _____

**CLINIQUE DE PÉDOPSYCHIATRIE
QUESTIONNAIRE PRÉ-ÉVALUATION
INFORMATION FAMILIALE**

Nom, prénom: _____
Dossier: _____

MÈRE : HISTOIRE MÉDICALE (SUITE)

HISTOIRE GLYCÉMIQUE :

Hypoglycémie : _____ Embonpoint antérieur : _____ Poids actuel : _____
Diabète gestationnel : _____ 1^{ère} grossesse : _____ 2^{ème} grossesse : _____ Autres : _____
Ascendance diabétique : Maternelle : _____ Paternelle : _____

HISTOIRE THYROÏDIENNE :

Goitre : _____ Hyperthyroïdie : _____
Ascendance : Maternelle : _____ Paternelle : _____
Poids actuel : _____ Tour de taille : _____

PÈRE : HISTOIRE MÉDICALE

Obésité : _____ Embonpoint : _____ Tabagisme : _____
Diabète individuel : _____ familial : _____
Poids actuel : _____ Tour de taille : _____

INFLUENCES DE L'ENFANT/ADOLESCENT(E) SUR LA FAMILLE :

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 :** _____