

Clinique de pédopsychiatrie

Questionnaire préliminaire à l'évaluation clinique

Identification

Enfant:

Nom: prénom: âge:
Lieu et date de naissance:
Adresse ville-arrond code postal:
Tel: domicile travail (mère, père) cellulaire (mère, père)
Courriel :
Numéro RAMQ (ass.-maladie): exp.:
Source de référence: médecin de famille:

Mère: numéro RAMQ.....si présente

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

Père: numéro RAMQ.....si présent

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 (vèle) conjoint(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.....

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

prise de poids.....hypertension.....gonflement des membres:.....

semaines de gestation :éclampsie.....

Travail:

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

Histoire

1-**glycémique:**

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

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

. ascendance diabétique:

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

2- **thyroïdienne:**

hypothyroïdie:.....hyperthyroïdie:.....

ascendance:

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

3- **poids actuel:**.....tour de taille:.....

2) **Père:** histoire médicale

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

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

3 - **poids actuel:**.....tour de taille:.....

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

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

A quel âge votre enfant a

- . tenu sa tête rampé..... marché couru..... sauté.....
- . grimpé 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:

Poids et taille actuel.....

.....
- 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:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Influences sur la famille:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Toutes les réponses à ce questionnaire sont absolument confidentielles et feront partie du dossier médical. Toute évaluation ne pourra servir à une expertise sociale, scolaire, légale ou judiciaire, mais ne servira strictement qu'à établir une hypothèse diagnostic et un plan de traitement en pédopsychiatrie, à moins d'une nécessité propre au médecin responsable.

Signature (parent/tuteur).....

Date.....