



Centre de santé
MERAKI
Health Centre

Avec nos mains, nos cœurs, et nos esprits ouverts
With our hands, hearts, and minds open

Questionnaire d'inscription
Programme d'évaluation en équipe interdisciplinaire
Team Interdisciplinary Developmental Evaluations (TIDEs) Program

1. Renseignements généraux

Nom de l'enfant:

DDN: (A) / (M) / (J) Âge de l'enfant:

Personne qui remplit ce questionnaire:

Lien avec l'enfant (ex : mère, tuteur etc.):

Adresse (où demeure l'enfant):

Qui habite avec l'enfant?

Nom	Âge	Lien avec l'enfant	Occupation

Veillez indiquer les membres de la famille immédiate qui n'habitent pas avec l'enfant :

.....

Tél: (M) (T) (C)

Courriel:

Médecin référent:

*** Veuillez noter que nous avons besoin d'une consultation médicale auprès d'un médecin (pédiatre ou un médecin de famille)**

Raisons pour la consultation :

S.V.P. énumérez vos préoccupations principales¹ :

¹ Veuillez taper le texte dans les encadrés prévus à cette fin

Quelles sont vos attentes face à ce RDV?

2. Histoire de la naissance et histoire médicale

Semaines de gestation (/40):

Complications lors de la grossesse:

Veillez énumérez les substances consommées pendant la grossesse, y inclus la fréquence et le dosage (médicaments, alcool, marijuana, etc.):

.....

Accouchement (S.V.P. cocher): Vaginal C/S

Complications :

Reproduction assistée :

Veillez énumérez tout problème de santé actuel ou antérieur chez votre enfant problèmes significatifs pendant les premières semaines de la vie (ex. colique, alimentation pendant les premières semaines de la vie, hospitalisation, interventions chirurgicales, etc.)

Prend-il/elle des médicaments?? (SVP encercler) **O** **N** Si oui, indiquer le nom et le dosage

3. Développement de l'enfant et histoire familiale

Veillez indiquer l'âge approximatif auquel votre enfant a atteint les stades de développement suivants :

Stade de développement	Âge ex 12 mois	Stade de développement	Âge ex 12 mois
A gazouillé		A sourit	
A pointé du doigt		A roulé	
A dit son premier mot		S'est assis(e) sans aide	
A dit une phrase courte (2-3 mots)		A rampé	
A dit une phrase complète (sujet-verbe-objet)		A marché	

Quand avez-vous soupçonné un problème de développement chez votre enfant?

Qu'avez-vous remarqué?

.....

Veillez décrire les antécédents médicaux, développementaux, génétiques, neurologiques ou psychiatriques vécus par les membres de la famille immédiate de votre enfant (ex. TDAH, anxiété, problème d'apprentissage, autisme, etc.)

SVP indiquer si votre enfant a été vu(e) par les spécialistes suivants²

Spécialiste	Où (ex CLSC, centre de réadaptation, pratique privée, école etc.)	Type de service (ex., évaluation, traitement) & période (ex, octobre-décembre 2016, en cours)
Audiologiste		
Neurologue		
Ergothérapeute		
Optométriste		
Physiothérapeute		
Psychoéducateur		
Psychologue/Neuropsychologue		
Psychiatre		
Orthopédagogue		
Travailleur social		
Orthophoniste		

Votre enfant a-il/elle eu un diagnostic? Si oui, veuillez fournir les détails :

.....

Votre enfant reçoit-il/elle des services de votre CLSC/CIUSSS? **O N** Si oui, veuillez les décrire:

Est-ce que l'enfant ou sa famille a eu des services d'un Centre jeunesse? **O N** Si oui, veuillez les décrire:

.....

Avez-vous une assurance privée pour les services professionnels (ex: ergothérapie)? Si oui, veuillez la décrire:

.....

² Si vous avez un/des rapport(s), veuillez nous faire parvenir une copie par télécopieur 514-934-3393 ou par courriel : kimberly.reynolds@centremeraki.com

4. Environnement de l'enfant

i. **0-5 ans** (Veuillez ignorer cette section si votre enfant est d'âge scolaire—6 ans+)

Qui garde votre enfant pendant la journée?

Si l'enfant fréquente une garderie, SVP cocher le genre: CPE Garderie privée
Programme préscolaire Autre

Nom de l'établissement:

Combien de jours par semaine?

Langue(s) d'enseignement à la garderie?

Combien d'heures est-ce que votre enfant passe devant un écran (semaine et fin de semaine) ? Veuillez décrire les types d'activité (télévision v applications éducationnelles).....

.....

ii. **6 ans+** (Veuillez ignorer cette section si votre enfant est d'âge préscolaire-- 0-5 ans)

L'école de l'enfant :

Publique privée Niveau scolaire actuel :

Est-ce que votre enfant a doublé une année scolaire? **O N** Si oui, quelle année?

.....

iii. Veuillez indiquer par un X ci-dessous les difficultés rencontrées par votre enfant :

..... Difficultés avec la lecture Attention/concentration
..... Difficultés avec l'orthographe Problème d'organisation
..... Difficultés avec les mathématiques Impulsivité
..... Difficultés avec l'écriture Hyperactivité

iv. Veuillez décrire les difficultés pédagogiques indiquées ci-haut ou tout autre problème lié à l'école.

5. Développement socio-émotif et comportement

i) Veuillez indiquer par un X ci-dessous les difficultés rencontrées par votre enfant :

..... Crises de colère fréquentes Régression
..... Anxiété Problèmes relationnels avec les pairs
..... Opposition/provocation Hyperactivité, impulsivité
..... Agressivité Problèmes d'attachement
..... Problèmes de sommeil Difficultés d'alimentation

ii) Enfant d'âge scolaire seulement (6 ans+) :

Faible estime de soi	Symptômes dépressifs
Problème de propreté	Idées bizarres ou illogiques

Veuillez décrire à quel moment ces comportements se manifestent ainsi que les facteurs déclenchant :

Est-ce que votre enfant a vécu des moments difficiles ou traumatisants? (ex. divorce, famille d'accueil/adoption, déménagement) Veuillez expliquer

Toute autre préoccupation :

.....

6. Information additionnelle:

Quelles sont les forces (ou qualités) de votre enfant?

.....

Quelles sont les activités préférées de votre enfant?

.....

.....

Est-ce qu'il y a autre chose que vous considérez important à nous faire savoir?
