

Si vous n'êtes pas en mesure de répondre à l'ensemble des questions, ne vous en inquiétez pas ; toutes les autres informations seront très utiles.

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Date de l'évaluation :
Age :
Sexe :
Envoyé par :
Motif de consultation :

• Informations générales :

Adresse :
N° de téléphone :
Nationalité :
Langue parlée à la maison :
Langue parlée à l'école :
Profession du père :
Profession de la mère :
Fratricité :
Enfant adopté : oui - non
Si oui, date de l'adoption :
Situation familiale : parents ensemble, séparés, divorcés, monoparentale, famille recomposée
École actuelle + parcours scolaire :
Classe ou niveau de maturité :
Nom de l'enseignant :
Type d'enseignement :
Prises en charge actuelles et passées : psychomotricité, logopédie, psychothérapie, ergothérapie, autre
Type - durée – motif :
Début de prise en charge :
Fin de prise en charge :
Troubles d'apprentissage :
Dominance manuelle :

• Informations concernant la période pré-, péri- et postnatale :

Antécédents de fausses couches, d'avortements ou de prématurités :
Déroulement de la grossesse :
Durée de la grossesse :
Usage de substances pendant la grossesse
Déroulement de l'accouchement :
Cri immédiat : oui - non
Poids à la naissance :
Taille à la naissance :
Périmètre crânien à la naissance :
Apgar :
Allaitement maternel : oui-non - Déroulement :
Complications néonatales (séjour hospitalier) :
Evolution postnatale :

• Histoire médicale de l'enfant :

Présence d'otites :
Fréquence des otites :
Placement de drains :
Si oui, à quel âge :
Déficits auditifs ,
Déficits visuels .
Réactions allergiques :
Maladies particulières :
Troubles neurologiques : ex. : encéphalite, méningite, épilepsie, traumatisme crânien, ...
Examens complémentaires réalisés : lesquels :
à quelle date :
où :