



## QUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE

Date du jour : ... / ... / ...

Bonjour,

Merci de répondre à ce questionnaire de façon la plus complète possible. Les informations que vous allez nous fournir vont nous permettre de mieux comprendre le comportement de votre enfant ainsi que son contexte.

Comme vous le savez, il est primordial d'assurer une bonne communication entre les professionnels qui sont impliqués dans le suivi de votre enfant. A cette fin, **gardez ce questionnaire en votre possession**. Lorsque vous rencontrerez un professionnel de la santé, ces informations pourraient lui être utiles.

### IDENTIFICATION

---

NOM de l'enfant (en majuscule) : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Sexe :  F  M

Lieu de Naissance : .....

Adresse (domicile) : ..... CP .....

Ville .....

Téléphone : Fixe : .....

Gsm : .....

Adresse mail : .....

École : ..... de .....

Classe : .....

Instituteur (trice) : .....

Téléphone de l'école / enseignant : .....

Médecin traitant : .....

Médecin spécialiste (pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre, ...) :

.....



## HISTOIRE FAMILIALE

---

Langue maternelle (parlée au domicile) : .....

Langue parlée à l'école : .....

Mère : Âge..... Profession : .....

Père : Âge ..... Profession : .....

Parents :  en couple  divorcés/ séparés  veuf/veuve

famille recomposée  monoparental

Si les parents sont séparés, divorcés ou monoparentale, l'enfant vit :

avec la mère  avec le père  en garde alternée  en famille recomposée

autre situation : .....

L'enfant est-il adopté : oui / non

Si oui : Âge de l'enfant lors de l'adoption : .....

Lieu de vie d'origine et pays : .....

Avez-vous d'autres enfants ?

Nom	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Lien de parenté avec l'enfant (frère, sœur, ½ frère, ½ sœur, ...)	TDA/H ou autres

Quelle est l'entente entre les différents enfants de la famille :

.....  
.....

Y a-t-il un problème de santé ou un handicap quelconque chez un enfant de la famille ?

Si oui, lequel ? .....

.....  
.....



Difficulté(s) familiale(s) à évoquer ?

.....  
.....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

---

### Grossesse

Complications et/ou difficultés pendant la grossesse : oui / non

Si oui, lesquelles :

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

### Naissance

Accouchement :  ..... semaines plus tôt       à terme       ..... semaines plus tard

Complications à la naissance : oui / non

Si oui, lesquelles :

.....  
.....

Accouchement  par voie basse       par césarienne

Aide mécanique       ventouse       forceps

Anoxie : oui / non

Poids de naissance : .....

Autres remarques :

.....  
.....

### Développement

Âge de la marche : .....

Avant la marche, a-t-il rampé ? Fait du quatre pattes ? : .....

Âge d'apparition du langage : .....

Âge d'acquisition de la propreté : .....



## État de santé

Vue : normale / correction

Strabisme durant l'enfance ? oui/ non

Audition : normale / correction

Maladie(s) de la petite enfance : .....

Prise régulière de médicament(s) : oui / non

Si oui, nom du/des médicament(s) et dosage : .....  
.....

Allergie(s) : oui / non

Si oui, précisez : .....

Opération(s) chirurgicale(s) : oui / non

Si oui, précisez : .....

Traumatisme(s) crânien(s) : oui / non

Si oui, à quel âge : .....

Épilepsie : oui / non

Intoxication(s) : oui / non

Si oui, précisez : .....

Antécédents médicaux familiaux : oui / non

Si oui, lesquels ? .....

## Motricité

Dominance manuelle : .....

Écriture (vitesse, précision,...) :  
.....

Utilisation aisée de la règle/ciseaux/couverts/ lacer ses chaussures :

acquis : à quel âge ?     avec aide     en cours d'acquisition     non acquise

Pratique du vélo :

acquise : à quel âge ?     avec aide     en cours d'acquisition     non acquise



Habillage :

- acquis : à quel âge ?       avec aide       en cours d'acquisition       non acquis

Votre enfant joue-t-il avec des puzzles ? oui / non

Si oui, combien de pièces ?

Votre enfant joue-t-il avec des Légos ? oui / non

Suit-il les plans ou selon son imagination ?

Votre enfant fait-il une activité sportive : oui / non

Si oui laquelle ?.....

Est-il habile dans cette activité ? .....

## **HYGIÈNE DE VIE**

---

### **Sommeil**

Votre enfant présente-t-il des troubles du sommeil ? oui / non

- agitation     dort profondément     parle pendant son sommeil     peur du noir  
 mouille son lit     fait des cauchemars     terreurs nocturnes     ronfle     apnées

Décrivez : .....

Dort-il seul ? oui / non

Lui arrive-t-il de dormir avec vous ? oui / non

A quelle(s) occasion(s) ? .....

En général, la semaine il se lève à ..... et se couche à .....

Le week-end, il se lève à..... et se couche à.....

Combien de temps prend-il pour s'endormir ? .....

Le matin, au lever, est-il en forme ? oui / non

### **Alimentation/Appétit**

Votre enfant prend-il un petit déjeuner ? oui / non

Si oui, quel est son petit déjeuner habituel ? .....

.....



Votre enfant prend-il des collations ?

Si oui, de quel type ? .....

À quel(s) moment(s) de la journée ? .....

Comment qualifieriez-vous son appétit lors des repas ?

.....

Mange-t-il des légumes ? oui / non

Mange-t-il des fruits ? oui / non

Mange-t-il des oléagineux (noix, amande,...) ? oui / non

Mange-t-il du poisson ? oui / non

Quelle est sa/ses boisson(s) habituelle(s) ? .....

### **Multimédia**

Combien de temps votre enfant passe-t-il devant la télévision ? .....

À quel(s) moment(s) ?

.....

Quel type d'émission ?

.....

Est-il seul ou accompagné ?.....

Combien de temps passe-t-il à jouer sur tablette ou sur ordinateur ? .....

À quel(s) moment(s) ? .....

Quels sont ses jeux préférés ? .....

### **SPHÈRE PSYCHO-AFFECTIVE**

---

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des problèmes émotionnels (de type anxiété ou dépression) ?

Si oui, précisez : .....

.....

.....

Votre enfant a-t-il vécu des événements de vie stressants ou des situations difficiles qui l'ont particulièrement marqué ?

Si oui, décrivez de quoi il s'agit : .....

.....



## COMPORTEMENT ET FONCTIONNEMENT SOCIAL

---

Quel est son comportement à l'école, en famille, en extra-scolaire :

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

Entente avec ses pairs, ses amis, l'adulte :

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

Quelles sont ses activités préférées et comment se comporte-t-il face à celles-ci ?

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

---

Si vous voulez nous faire part d'autres informations qui vous semblent importantes, n'hésitez pas à les noter ci-dessous.

Votre nom :

Votre lien avec l'enfant :