



Si vous avez des difficultés majeures en lecture/écriture, veuillez nous contacter. Nous compléterons les documents avec vous.

Bonjour,

Vous avez été référé par votre médecin de famille pour une évaluation en orthophonie. Afin de faciliter le processus d'évaluation, voici un questionnaire préparatoire à compléter avant la prise du 1^{er} rendez-vous.

Vous devez le compléter et y joindre les documents suivants :

- copie du plus récent bulletin scolaire ;
- copie d'une production écrite récente (travail écrit, etc.) ;
- copie du ou des plans d'intervention mis en place (s'il y a lieu) ;
- copie des bilans en orthopédagogie (s'il y a lieu) ;

Vous devez remettre ces documents à la secrétaire du guichet 1 du GMF Jacques-Cartier. Les patients pour qui tous les documents ont été reçus seront priorisés pour une évaluation.

Au plaisir de vous rencontrer,

Geneviève Auger, M.P.O.

Orthophoniste

Secrétaire : 819-780-0114



Prénom et nom : _____

Date de naissance : _____

HISTOIRE FAMILIALE ET SOCIALE

Situation familiale :

Membres de la famille (spécifier le nom des parents, frères/sœurs et leur âge) : _____

Occupation : Êtes-vous :

Aux études ? à temps plein à temps partiel, spécifiez : _____

Établissement d'enseignement : _____

Domaine d'étude : _____

À l'emploi ? à temps plein à temps partiel, spécifiez : _____

Employeur : _____

Titre d'emploi : _____

Autre : _____

HISTOIRE SCOLAIRE

Parcours scolaire :

Années <i>(ex. maternelle, 1ere, 2e, etc.)</i>	École	Type de classe <i>(ex. régulière, classe d'adaptation, etc.)</i>

Avez-vous déjà repris des années scolaires ? Non Oui, spécifiez : _____

Les difficultés scolaires sont présentes depuis : _____

Description des difficultés scolaires vécues : _____

Services spécialisés à l'école :

Avez-vous déjà reçu de l'aide particulière à l'école ? Non Oui (compléter la section suivante)

Services reçus : Accompagnement en classe Éducation spécialisée (TES) Orthopédagogie

Spécifiez :

- En quelle année? _____
- Fréquence des rencontres : _____
- Les rencontres ont lieu : seul avec l'intervenant en petits groupes de _____ enfants
- Ce qui était travaillé (à votre connaissance) : _____

Plan d'intervention

Avez-vous ou avez-vous déjà bénéficié d'adaptations ? Non Oui

Y a-t-il déjà eu un plan d'intervention en place à l'école ? Non Oui (s'il vous plaît, en apporter une copie au rendez-vous)

Quelles sont les moyens/adaptations qui ont été mis en place pour vous aider dans vos apprentissages?

Actuels : _____

Antérieurs : _____

HISTOIRE DU DEVELOPPEMENT

Etes-vous : gaucher droitier ambidexte

Langues parlées :

- à la maison : _____
- pour la scolarisation : _____
- au travail : _____

Sommeil

Heure du coucher : _____ Heure du lever : _____

Remarquez-vous des particularités dans votre sommeil? Non Oui (cocher les cases suivantes qui s'appliquent) :

Ronflement Sommeil léger Somnambulisme Apnée Parle pendant le sommeil Insomnie

Développement

Avez-vous présenté un retard dans votre développement en jeune âge ?

Propreté : Non Oui, spécifiez : _____

Motricité : Non Oui, spécifiez : _____

Langage : Non Oui, spécifiez : _____

Vous souvenez-vous avoir présenté des difficultés à apprendre des notions préscolaire : Non Oui, spécifiez :

- les couleurs
- les chiffres
- les lettres
- les jours de la semaine/mois de l'année
- Autre, spécifiez : _____

HISTOIRE MEDICALE

Certains diagnostics sont-ils connus ? Non Oui, spécifiez (ex. TDAH, etc.) : _____

Prenez-vous une médication régulière? Non Oui, spécifiez : _____

Avez-vous des allergies ? Non Oui, spécifiez: _____

Avez-vous déjà fait des otites ? Non Oui, fréquence : _____

Avez-vous déjà subi des chirurgies ? Non Oui, spécifiez (ex. amygdales, végétations, tubes dans les oreilles, etc.): _____

Consultations chez d'autres professionnels (depuis la naissance, spécifier le plus de paramètres possibles)

	Service reçu (évaluation, suivi)	Nom du professionnel (ex. M. Tremblay)	Endroit (ex. CHUS, CRE, CLSC, CJE, privé)	Date	Raison de la consultation/ Conclusion
Audiologie					
Vision					
Orthophonie					
Ergothérapie					
Psychoéducation					
Psychologie Neuropsychologie					
Pédiatrie Neuropédiatrie					
Psychiatrie Pédopsychiatrie					
ORL					
Travail social					
Autres (spécifiez)					

Antécédents familiaux (parents, grands-parents, frères/sœurs, oncles/tantes, cousins/cousines) Précisez qui et le type de difficultés :

Difficultés d'attention : _____

Difficultés d'apprentissage : _____

Difficultés de langage : _____

Troubles moteurs (ex. dyspraxie) : _____

ATTENTES

Quelles sont vos attentes par rapport à l'évaluation ?

Avez-vous des inquiétudes ou des préoccupations dont vous aimeriez nous faire part?

Envoyer ce formulaire complété dès que possible à la clinique médicale Jacques-Cartier, 1815 rue King Ouest, bureau 200, Sherbrooke (Qc), J1J 2E3