

**Si vous avez des difficultés en lecture/écriture,
veuillez nous contacter. Nous pourrions
compléter le formulaire avec vous.**

Bonjour,

Votre enfant ou vous-même avez été référé par votre médecin de famille pour une évaluation en orthophonie. Afin de faciliter le processus d'évaluation, voici des questionnaires préparatoires à compléter avant la prise du 1^{er} rendez-vous.

Les questionnaires se divisent en 2 parties :

- Questionnaires **PARENTS** à remplir à la maison : à compléter par **vous même**
- Questionnaire **ENSEIGNANT**, à **faire compléter par un des intervenants scolaires** de votre enfant dès que possible (enseignant, orthopédagogue, etc.)

L'information reçue permettra de :

- accélérer le processus d'évaluation ;
- connaître ce qui est spécifiquement travaillé en cours d'année avec votre enfant ;
- recueillir les observations et les préoccupations des intervenants scolaires;
- être informés sur les services qu'il reçoit et/ou qu'il a reçu pour l'aider.

En plus des questionnaires à compléter, vous devez aussi nous faire parvenir une copie des documents suivants :

- copie du plus récent bulletin scolaire ;
- copie d'une production écrite récente ;
- copie du plan d'intervention (s'il y a lieu) ;
- copie des bilans en orthopédagogie (s'il y a lieu) ;

Lorsque tous les documents sont complétés, remettez-les à la secrétaire du GMF Jacques-Cartier. Les jeunes pour qui les formulaires (parents et enseignants) et 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

Questionnaires PARENT



Prénom et nom : _____

Date de naissance : _____

AUTORISATION AU PARTAGE D'INFORMATION
Communication verbale ou écrite – Transmission de rapport

Je soussigné(e), _____, autorise
(nom du parent ou de l'élève de plus de 14 ans)

Mme Geneviève Auger, orthophoniste, à échanger de l'information de façon verbale et/ou écrite avec

- les intervenants scolaires (*enseignant(s), direction d'école, orthopédagogue, TES ou autre*)
- les professionnels de la commission scolaire au dossier (*psychologue, orthophoniste, psychoéducateur ou autre*)
- Autre : _____

J'autorise la communication de tous renseignements pertinents contenus à mon dossier pour les raisons suivantes :

- Évaluation
- Suivi
- Autre : _____

*Je renonce au délai de 15 jours prévu par le règlement et j'autorise l'échange d'information à partir d'aujourd'hui. Initiales : _____

Signature du parent ou de l'élève de plus de 14 ans : _____

Date : _____

Prénom et nom : _____

Date de naissance : _____

HISTOIRE FAMILIALE ET SOCIALE

Situation familiale :

L'enfant vit avec : ses parents son père sa mère autre : _____

Garde légale : deux parents père mère Garde partagée (spécifiez) : _____

autre : _____

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

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) : _____

Déficience intellectuelle : _____

Troubles psychologiques (dépression, anxiété, schizophrénie) : _____

HISTOIRE PERINATALE

Grossesse :

Sans particularité

Complications (spécifiez) : _____

Consommation de Cigarettes (spécifiez le nombre/jour) : _____

Alcool (spécifier type, quantité, fréquence) : _____

Drogue (spécifiez) : _____

Médicaments (spécifiez) : _____

Accouchement :

Accouchement à _____ semaines

Accouchement naturel provoqué par césarienne

Poids à la naissance : _____

APGAR (chiffres sur l'état de santé, souvent inscrits dans le carnet de santé) (ex. 7-9-10) : _____

Complications ? _____

HISTOIRE MEDICALE DE L'ENFANT

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

Prend-il une médication régulière ? Non Oui, spécifiez : _____

A-t-il des allergies ? Non Oui, spécifiez (allergie et réaction obtenue) : _____

A-t-il déjà eu un accident/traumatisme Non Oui, spécifiez : _____

A-t-il déjà fait des otites ? Non Oui, fréquence : _____

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

Votre enfant se plaint-il de : Fatigue maux de tête maux de ventre autre : _____

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

	Service reçu (évaluation, suivi)	Nom du professionnel (ex. M. Tremblay)	Endroit (ex. CRE, CLSC, clinique privée)	Date	Raison de la consultation/ Conclusion
<input type="checkbox"/>	Audiologie				
<input type="checkbox"/>	Vision				
<input type="checkbox"/>	Orthophonie				
<input type="checkbox"/>	Ergothérapie				
<input type="checkbox"/>	Physiothérapie				
<input type="checkbox"/>	Psychoéducation				
<input type="checkbox"/>	Psychologie Neuropsychologie				
<input type="checkbox"/>	Neuropédiatrie				
<input type="checkbox"/>	Pédopsychiatrie				
<input type="checkbox"/>	ORL				
<input type="checkbox"/>	Travail social				
<input type="checkbox"/>	Autres (spécifiez)				

HISTOIRE DU DEVELOPPEMENT

Alimentation

En jeune âge, votre enfant a-t-il été : allaité nourrit au biberon

Votre enfant a-t-il déjà eu :

- De la difficulté à téter : Non Oui
- De la difficulté à manger les purées : Non Oui
- De la difficulté à manger les aliments solides : Non Oui
- De la difficulté à mastiquer : Non Oui
- Tendance à garder la nourriture dans la bouche Non Oui
- Tendance à s'étouffer régulièrement : Non Oui
- Tendance à refuser certains aliments : Non Oui, lesquels : _____

Votre enfant a-t-il ou a-t-il déjà :

- sucé son pouce : Non Oui, spécifiez jusqu'à quelle âge : _____
- rongé ses ongles : Non Oui

Sommeil

Heure du coucher : _____ Heure du lever : _____

Remarquez-vous des particularités dans son sommeil? Non Oui (*cocher les cases suivantes qui s'appliquent*) :
 Ronfle Sommeil léger Somnambulisme Apnée Parle pendant son sommeil Insomnie
 Peur du noir Cauchemard/terreurs nocturnes Ne dors pas dans son lit Autre : _____

Propreté

Âge d'acquisition de la propreté : Jour : _____ Nuit : _____

Motricité

Âge d'acquisition de la : Marche à 4 pattes : _____ Marche debout : _____

Votre enfant est-il : gaucher droitier ambidexte

Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté des difficultés à :

- s'habiller (*mettre ses vêtements, manipuler les fermetures éclair, se boutonner?*) non oui
- mettre ses chaussures, attacher ses lacets non oui
- apprendre à écrire et à dessiner (*ex. tracer les lettres, dessiner un bonhomme*) non oui
- tenir son crayon adéquatement non oui
- apprendre à découper non oui
- apprendre à manger seul, dévisser des pots, ouvrir une porte, tartiner non oui
- manger proprement (tendance à en mettre partout, à se salir?) non oui
- apprendre à faire du vélo, se tenir en équilibre non oui
- apprendre à courir/sauter/grimper non oui
- attrapper ou lancer un ballon non oui
- faire des casses-têtes non oui

A-t-il tendance à être maladroit, à se cogner et/ou à être brouillon ? non oui

Avez-vous déjà eu des inquiétudes dans le développement de la motricité : non oui, spécifiez :

Langage

Langues parlées à la maison : _____ à l'école : _____

Âge d'acquisition des premiers mots : _____

Âge d'apparition des premières juxtapositions de mots : _____

Avez-vous déjà eu des inquiétudes dans le développement du langage? Non Oui, spécifiez : _____

A-t-il présenté des difficultés à apprendre des notions préscolaire : Non Oui (*cocher celles qui s'appliquent*):

les couleurs les chiffres les lettres les jours de la semaine/mois de l'année

Socialisation/Comportement

A-t-il déjà ou présente-t-il des difficultés à socialiser ou des difficultés de comportement :

- avec les enfants de son âge? Non Oui
- avec les adultes? Non Oui

Description des difficultés : _____

HISTOIRE SCOLAIRE

École actuelle : _____ Y-a-t-il eu des changements d'école ? Non Oui : _____

Niveau scolaire actuel : _____ Nom de l'enseignant(e) : _____

Type de classe : classe régulière classe d'adaptation/spécialisée, spécifiez : _____

Les difficultés scolaires sont présentes depuis : _____

A-t-il déjà repris des années scolaires ? Non Oui, spécifiez : _____

Description des difficultés scolaires vécues : _____

Attitude/perception de l'école par l'enfant : _____

Temps nécessaire pour réaliser les devoirs et leçons : _____

Services spécialisés à l'école :

Votre enfant reçoit-il de l'aide particulière à l'école ? Non Oui (compléter la section suivante)

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

Spécifiez :

- Depuis quand? _____
- Nom de l'intervenant : _____
- Fréquence des rencontres : _____
- Les rencontres ont lieu : seul avec l'intervenant en petits groupes de _____ enfants
- Ce qui est travaillé (*à votre connaissance*) : _____

Plan d'intervention

Y a-t-il 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 actuellement mis en place à l'école ? _____

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

Au plaisir de vous rencontrer,

Geneviève Auger, orthophoniste
gauger.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Prénom et nom : _____

Date de naissance : _____

Questionnaire ENSEIGNANT



GMF-UMF Jacques-Cartier

Service d'orthophonie Cueillette de données à l'attention des enseignants

Bonjour,

Cet élève a été référé par son médecin de famille pour une évaluation en orthophonie en lien avec les difficultés scolaires rapportées.

Dans le processus d'évaluation, nous tenons toujours compte des observations réalisées en classe, par les enseignants et les autres intervenants. C'est pourquoi nous vous demandons de compléter le court questionnaire le plus rapidement possible et de le remettre aux parents par la suite. De cette façon, les observations réalisées par les intervenants scolaires sont considérées dans le processus d'évaluation.

L'évaluation a pour but de mieux comprendre l'origine des difficultés, d'aider le médecin à mieux comprendre la problématique et d'outiller les parents pour aider leur enfant. Il vise aussi, ultimement, à aider les intervenants scolaires intéressés à mieux intervenir avec lui. Nous demandons donc votre collaboration pour que l'évaluation soit la plus complète possible.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute question.

Merci de votre implication et au plaisir de collaborer ensemble dans l'avenir,

Geneviève Auger, M.P.O.

Orthophoniste

gauger.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Questionnaire
Cueillette de données des intervenants scolaires

Nom de l'école : _____ Niveau scolaire : _____

Nom de l'élève : _____

Nom et profession de la personne qui complète le questionnaire : _____

Quelles sont vos observations, chez l'élève, dans les différentes sphères :

Apprentissages (ex. notions acquises ou non, apprentissage facile ou difficile, travail spécifique ?)

• En lecture : _____

• En orthographe : _____

• En mathématiques : _____

• Dans les autres matières : _____

Comportement (ex. attention/concentration, attitude face à la tâche, participation en classe, etc.)

Socialisation (ex. relation avec ses pairs et/ou avec les adultes)

Langage (ex. compréhension des consignes et des tâches, comment il s'exprime):

Quels moyens/adaptations ont déjà été tentés ou sont actuellement en place dans la classe pour faciliter les apprentissages de l'élève ? Quelles sont vos observations quant à celles-ci (facilitantes ? peu de différence ?)
Ex. utilisations de pictogrammes, aide-mémoire, stratégies d'enseignement utilisées, 1/3 temps supplémentaire, ordinateur, etc.

Reçoit-il des services en orthopédagogie ? (si oui, spécifier depuis quand, fréquence, modalités, objectifs travaillés)

Avez-vous des préoccupations ou des éléments supplémentaires qu'il serait pertinent de tenir en compte ?

Désirez-vous qu'on vous contacte dans le processus d'évaluation ?

- Oui
 Non

Quelle est la façon la plus facile de vous rejoindre ?

- Courriel : _____
 Téléphone : _____

Pour faciliter le processus d'évaluation, pouvez-vous retourner aux parents, avec le présent questionnaire complété, les documents suivants :

- exemple d'une production écrite récente de l'élève ;
- plus récent bulletin scolaire ;
- bilan en orthopédagogie (s'il y a lieu) ;
- plan d'intervention scolaire (s'il y a lieu).

Merci pour ces précieuses informations.
Soyez assurés qu'elles seront considérées.

Geneviève Auger, M.P.O.
Orthophoniste
gauger.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca