

**Histoire du développement de l'enfant**

Date (jj/mm/aa): \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aa): \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

École: \_\_\_\_\_ Niveau: \_\_\_\_\_

Est-ce qu'une ou des années ont été sautées? Oui Non

Est-ce qu'une ou des années ont été doublées? Oui Non Lesquelles? \_\_\_\_\_

Formulaire complété par: \_\_\_\_\_ (nom et relation avec le patient)

Tel. maison: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Tel. cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Nom de la mère \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Tel. cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

État civil des parents : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'enfant est adopté? Oui Non. Si oui, à quel âge? \_\_\_\_\_ de quel pays \_\_\_\_\_

Autres enfants à la maison:

Nom: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du contact en cas d'urgence: \_\_\_\_\_

Relation avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Qui d'autre habite dans la maison? (SVP inclure le nom et la relation avec l'enfant)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y a-t-il des membres de la famille proche qui ne vivent pas à la maison? Oui Non (Parents biologiques/ beaux parents; (écrire le nom, la relation avec l'enfant, âge des frères et sœurs ou autres enfants)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **HISTOIRE DE LA GROSSESSE - Mère**

Lorsque la mère était enceinte de cet enfant est-ce qu'elle était sous les soins d'un médecin?  
Oui Non

Santé de la mère durant la grossesse: \_\_\_\_\_ Bonne \_\_\_\_\_ Moyenne \_\_\_\_\_ Mauvaise

Si moyenne ou mauvaise s.v.p. décrire: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durant la grossesse y a-t-il eu des complications (ex :. saignements, stress émotionnel, haute pression, détresse fœtale)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée de la grossesse: \_\_\_\_\_ Poids à la naissance: \_\_\_\_\_ Score Apgar: (Échelle de 1-10) \_\_\_\_\_  
Durée du travail: \_\_\_\_\_ Utilisation de forceps? Oui Non  
Accouchement (cocher) \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Siège \_\_\_\_\_ Césarienne

Y a-t-il eu des problèmes avant ou après l'accouchement? Oui Non Si oui, s.v.p. décrire: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **HISTOIRE DÉVELOPPEMENTALE**

Selon vos souvenirs y a-t-il eu des retards dans les domaines suivants?

Tenir la tête droite: \_\_\_\_\_

Sourire: \_\_\_\_\_

Se tourner: \_\_\_\_\_

Ramper: \_\_\_\_\_

S'asseoir seul: \_\_\_\_\_

Tenir seul: \_\_\_\_\_

Marcher seul: \_\_\_\_\_  
Dire des mots: \_\_\_\_\_  
Se nourrir seul: \_\_\_\_\_  
Boutonner ses vêtements: \_\_\_\_\_  
Propreté (toilette): \_\_\_\_\_  
S'habiller seul: \_\_\_\_\_  
Dire l'alphabet: \_\_\_\_\_  
Nommer les couleurs: \_\_\_\_\_  
Utiliser des phrases: \_\_\_\_\_  
Commencer à lire: \_\_\_\_\_  
Lacer les chaussures: \_\_\_\_\_  
Rouler à vélo: \_\_\_\_\_

Problèmes d'alimentation? Expliquer:

\_\_\_\_\_

Nourri à la bouteille ou allaitement : \_\_\_\_\_ Sevré à quel âge? \_\_\_\_\_

Retard de parole ou de langage? Expliquer:

\_\_\_\_\_

Problèmes avec l'entraînement à la propreté? Expliquer:

\_\_\_\_\_

Nommer et décrire les problèmes de sommeil (difficultés à s'endormir; rester endormi ou retrouver le sommeil, cauchemars) présents ou passés?

\_\_\_\_\_

Y a-t-il des antécédents de ce qui suit? À quel âge?

\_\_\_\_\_ Amnésie \_\_\_\_\_ Comportements à risques \_\_\_\_\_ Comportements variables \_\_\_\_\_ Périodes de chutes  
\_\_\_\_\_ Comportements impulsifs \_\_\_\_\_ Se cogner la tête \_\_\_\_\_ Évanouissements \_\_\_\_\_ Peurs inusitées  
\_\_\_\_\_ Crises de colère

### **HISTOIRE FAMILIALE:**

Est-ce que quelqu'un de la famille immédiate ou élargie qui a des symptômes ou problèmes similaires à ceux de votre enfant? Oui Non

Spécifier s.v.p.: \_\_\_\_\_

Ya-t-il une histoire d'abus de substance quelconque dans votre famille? Oui Non

Spécifier s.v.p.: \_\_\_\_\_

Nommer et décrire les membres de la famille (immédiate ou élargie) qui ont un historique de problèmes tel que : comportement, apprentissage, drogues/alcool et/ou problèmes psychiatriques

(dépression, haut et bas, hyperactivités, problèmes mentaux majeurs):

---

---

---

---

---

### **HISTOIRE MÉDICALE:**

Nom du pédiatre de l'enfant: \_\_\_\_\_ numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Examen Auditif : NON\_\_ OUI\_\_, Si oui spécifiez la date \_\_\_\_\_.

Resultat : \_\_\_\_\_.

Examen de la vue : NON\_\_ OUI\_\_, Si oui spécifiez la date \_\_\_\_\_.

Resultat : \_\_\_\_\_.

Votre enfant est-il sous médication (prescrite ou en vente libre)? Oui Non

Si oui, quel est ce médicament, son dosage, et depuis combien de temps l'enfant le prend-il? \_\_\_\_

---

---

Énumérer et expliquer les problèmes médicaux ou neurologiques de votre enfant actuels ou passés. Inclure les blessures à la tête, les convulsions, les problèmes cardiaques, asthme, handicaps, etc.)

---

---

---

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé: Oui Non

Si oui, quand et pourquoi? \_\_\_\_\_

Dernier examen complet: \_\_\_\_\_ Grandeur de l'enfant: \_\_\_\_\_ Poids de l'enfant: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà été en consultation ou reçu un traitement pour sa santé mentale? S.v.p. énumérer et décrire toutes les situations ou consultations psychiatriques qu'il a reçues en hospitalisation ou en service ambulatoire.

---

---

---

Y a-t-il un passé d'abus (émotionnel, physique, sexuel)? Expliquer:

---

---

---

Y a-t-il une histoire ou une problématique actuelle de certains des éléments suivant? (s.v.p. cocher) Pour chaque item coché, énuméré depuis combien de temps ils sont devenus problématiques.

- Troubles de comportement à l'école \_\_\_\_\_
- Problèmes alimentaires \_\_\_\_\_
- Difficultés langagières \_\_\_\_\_
- Commotion cérébrale \_\_\_\_\_
- Mémoire défaillante \_\_\_\_\_
- Mouille son pantalon \_\_\_\_\_
- Défèque dans son pantalon \_\_\_\_\_
- Attaques de panique \_\_\_\_\_
- Intimide \_\_\_\_\_
- Vole \_\_\_\_\_
- Comportements agressifs \_\_\_\_\_
- Mentir \_\_\_\_\_
- Évite les câlins \_\_\_\_\_
- Sommeil difficile \_\_\_\_\_
- Cauchemars \_\_\_\_\_
- Maux de tête \_\_\_\_\_
- Énergie élevée \_\_\_\_\_
- Énergie faible \_\_\_\_\_
- Constipation \_\_\_\_\_
- Joue de façon inappropriée avec les autres enfants \_\_\_\_\_
- Comportements agressifs \_\_\_\_\_
- Problèmes légaux \_\_\_\_\_
- Peurs \_\_\_\_\_
- Problèmes d'attention \_\_\_\_\_
- Comportements bizarres \_\_\_\_\_
- Crises de colère \_\_\_\_\_
- Crises de larmes \_\_\_\_\_
- Cruauté envers les animaux \_\_\_\_\_
- Absentéisme \_\_\_\_\_
- Impulsivité \_\_\_\_\_
- Pyromanie \_\_\_\_\_
- Défiance de l'autorité \_\_\_\_\_
- Comportements obsessionnels \_\_\_\_\_
- Pensées suicidaires \_\_\_\_\_
- Hallucinations \_\_\_\_\_
- Autres \_\_\_\_\_

Quels sont les préoccupations ou les questionnements qui vous ont convaincus de demander de l'aide maintenant?

---



---



---

Le problème semble être présent depuis quand? (semaines, mois, un an, deux ans ou plus)

---



---



---

Mon enfant éprouve les problèmes suivants à la maison (ex : comportement agressif, mauvaise humeur, anxiété, comportements à risques, énurésie, etc.). S.v.p. nommer et décrire.

---

---

---

Mon enfant éprouve les problèmes suivants à l'école (ex : apprentissage, comportement, problèmes avec ses pairs, etc.). S.v.p. nommer et décrire

---

---

Mon enfant a les problèmes suivant dans d'autres situations:

---

---

Mon enfant a rencontré les problèmes suivant (comportement, apprentissage, émotions) par le passé :

---

---

Quels traitements ont été reçus dans le but d'enrayer ces problèmes?

---

---

Les facteurs de stress courants ou passée qui pourraient contribuer au problème de mon enfant sont les suivants : (ex : conflit conjugale ou divorce, abus, décès dans la famille, etc):

---

---

À votre connaissance votre enfant a-t-il déjà expérimenté l'un des items suivants?

Tabac: Oui Non

Alcool: Oui Non

Drogues: Oui Non

Comment votre enfant s'entend-il avec les autres enfants?

(Encerclez s.v.p.) Bien Moyen Faible

---

---

Avez-vous des préoccupations au sujet de ses amis? Oui Non

---

---

Qu'est-ce que votre enfant ou votre famille fait pour s'amuser? (Cocher s.v.p.)

Jeux:\_\_\_ Sorties:\_\_\_ Films:\_\_\_ Sports:\_\_\_ Arts\_\_\_ Sorties scolaires:\_\_\_ Autres:

Quels sont les forces et les intérêts de votre enfant? (S.v.p. cocher)?

Académique:\_\_\_\_\_ Musique:\_\_\_\_\_ Art:\_\_\_\_\_ Sport:\_\_\_\_\_

Serviable: \_\_\_\_\_ accommodant: \_\_\_\_\_ Joue bien avec les autres: \_\_\_\_\_  
Coopératif: \_\_\_\_\_ Autres: \_\_\_\_\_

Y a-t-il quelque chose d'autre que je devrais savoir à propos de votre enfant mais qui n'apparaît pas sur un des formulaires que vous avez remplis mais qui peut sembler important?

---

---

---

---

---

Documents à apporter lors des consultations:

1. Le bulletin de votre enfant des deux dernières années.
2. Le programme d'éducation individualisé le plus récent de votre enfant, si applicable.
3. Copies des rapports psychologiques, d'orthophonie, d'ergothérapie, scolaires ou pédiatriques de votre enfant si applicable.

S'il vous plaît soumettre ce formulaire dûment rempli à votre psychologue/psychothérapeute à votre premier rendez-vous.

Merci.