West Island Therapy Centre | Le centre de thérapie West Island

Formulaire pour dérogation

Date:_____

Nom de l'enfant:_____ Date de naissance: _____

Sexe: _____Âge:_____

École /Garderie:_____ Tel:_____

Nom de l'éducatrice :_____

Formulaire complété par:_____Date_____
(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'entrainement 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:_____

S'il vous plaît énumérer et décrire les points forts de votre enfant.

_____
_____
_____
_____

S'il vous plaît énumérer et décrire les faiblesses de votre enfant.

_____
_____
_____
_____

S'il vous plaît décrire les capacités académiques de votre enfant.

_____
_____
_____

Documents à apporter lors des consultations:

1. Les bulletins et/ou des évaluations de la garderie ou l'école préscolaire de votre enfant.
2. 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 au premier rendez-vous.

Merci.