



Date : _____

Choix pour la période de consultation:

1^{er}: _____
2^{ème}: _____
3^{ème}: _____

Accepteriez-vous que votre enfant soit rencontré par une doctorante? _____ (les délais et les frais sont moindres)

Demande de consultation

Il est important que les deux parents consentent à l'évaluation de l'enfant, même s'ils vivent séparément. S'il y a hésitation, la question pourra être discutée lors de la première rencontre. Répondez au formulaire du mieux que vous pouvez. Si la réponse ne vous vient pas, passez à la question suivante.

Note : L'usage du masculin est utilisé pour alléger le texte.

Identification du client :

Prénom, nom : _____

Né(é) le : _____

Âge : _____

Motif de consultation : (Précisez pour quelles raisons vous désirez que l'enfant soit rencontré : anxiété, humeur triste, estime de soi, adaptation scolaire, adaptation sociale, relations familiales, alimentation, etc.)

Père :

Prénom, nom : _____ Âge : _____

Profession : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

Téléphone : Domicile : _____

Travail : _____ Cellulaire : _____

Mère :

Prénom, nom : _____ Âge : _____

Profession : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

Téléphone : Domicile : _____

Travail : _____ Cellulaire : _____

Si les parents sont séparés, mode de garde : _____

Frères et sœurs (indiquer en ordre décroissant – spécifier si l'enfant d'un seul parent ou enfant de l'autre conjoint(e))

<u>Prénom</u>	<u>Âge</u>	<u>Niveau scolaire</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Situation scolaire

École : _____ Niveau scolaire : _____

Nom de l'enseignant(e) : _____

Si le besoin se présente, nous autorisez-vous à contacter l'enseignant(e), ou le service de garde, pour cueillir des informations complémentaires? _____ Tél : _____

Moyenne générale habituelle : _____

Attitude face à l'école (intérêt, ardeur, indifférence, découragement, oppositions, etc.) : _____

Face aux travaux scolaires, lenteur ou rapidité d'exécution? _____

Matière(s) préférée(s) : _____ moins préférée(s) _____

Sa conduite en classe est-elle satisfaisante? _____

Manque-t-il souvent la classe? _____ Si oui, pourquoi? _____

Peut-il travailler à la maison dans le calme? _____

Fréquente-t-il le service de garde? _____ Matin Midi Soir

Loisirs et intérêts

Que fait votre enfant dans ses temps libres? _____

Quel temps consacre-t-il à la télévision et aux jeux vidéo? _____

Arrive-t-il à s'amuser seul? _____ ou besoin des autres enfants/des adultes pour s'occuper? _____

Est-il inscrit à des cours? _____

A-t-il beaucoup d'amis? _____ Garçons? _____ Filles? _____ De quel âge? _____

Quelle est son attitude face aux amis? _____

Caractéristiques de l'enfant

Son attitude en famille est-elle satisfaisante? _____

Cochez les qualificatifs que vous pouvez lui attribuer.

Docile Calme Affectueux Raisonnable Poli Serviable Gai Confiant Bavard Énergique

Actif Courageux Honnête Ordonné Imaginatif Rêveur Autres : _____

Quel est son comportement à l'égard de ses frères et sœurs? _____

Qu'appréciez-vous en lui? _____

Que lui reprochez-vous le plus souvent? _____

À la maison

Qui s'occupe surtout de l'enfant? _____

À quoi tenez-vous le plus sur le plan éducatif? _____

Les parents s'entendent-ils? _____

Sont-ils d'accord sur les méthodes éducatives? _____

D'autres personnes (grands-parents, amis, gardienne) jouent-ils un rôle important dans la vie de l'enfant? _____

Antécédents familiaux

Vous, ou quelqu'un de votre famille présente-t-il des difficultés semblables à celles de l'enfant? _____

Autres problématiques en santé mentale dans la famille: _____

Développement

Problèmes durant la grossesse? _____

La grossesse a-t-elle été prévue? _____ Consommation alcool/tabac durant la grossesse? _____

Naissance à combien de semaines? _____ Type d'accouchement _____ Durée _____

Poids à la naissance _____ Autres particularités _____

Quel genre de bébé était-il? (Pleurs, sommeil, agitation, etc) _____

À quel âge a-t-il fait ses nuits? _____ Marché? _____ Premiers mots? _____

Phrases complètes? _____ Propreté de jour? _____ De nuit? _____

Petite enfance

Autres observations: _____

Santé

Quel est son état de santé général? _____ Se plaint-il de malaises? _____

Allergies _____

Médication _____ Depuis _____ Posologie _____ Efficacité _____

Nom et coordonnées du médecin traitant (si pertinent) _____

A-t-il bon appétit? _____ Est-il difficile? _____ Gourmand? _____

Heure de lever: _____ Heure de coucher: _____ Lent à s'endormir? _____

Cauchemars? _____ Rêves à voix haute/ somnambulisme? _____

Problème de la vue ou de l'audition? _____

Auquel des parents l'enfant ressemble-t-il le plus? _____

Suivis présents et antérieurs (ex: orthophonie, évaluation neuropsychologie)

(Précisez l'année, le spécialiste ainsi que le motif et la durée de consultation)

L'enfant a-t-il vécu des situations difficiles, des stresseurs importants? (hospitalisation, décès d'un proche, absence ou maladie d'un parent, conflits parentaux, déménagement, etc.) _____

Autres observations pertinentes: _____

Merci de nous faire parvenir la demande de consultation par la poste ou par messagerie

Clinique Psycho-Santé
2105, boul. Guillaume-Couture
Lévis, (Québec)
G6W 2S5