

ANAMNÈSE

FORMULAIRE SOMMAIRE

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent (répondant) : _____

Date : ____/____/____

Grossesse

Déroulement de la grossesse (particularité ?) : _____

Type d'accouchement : _____

Durée de la grossesse : _____

Situation familiale

L'enfant demeure avec : _____

Langue parlée à la maison : par la mère > _____ par le père > _____

autres membres de la famille > _____

L'enfant a des frères/sœurs : Non Oui Combien ? _____

Antécédent familiale (diagnostique, autres?) : _____

Santé

Problème de santé : Non Oui

Si oui, veuillez décrire : _____

Intervention chirurgicale : Non Oui

Si oui, veuillez décrire : _____

Votre enfant a-t-il déjà rencontré un ou des professionnels ci-dessous ? Non Oui

Si oui, veuillez sélectionner les professionnels rencontrés :

Orthophoniste

Ergothérapeute

Physiothérapeute

Audiologiste

Psychologue

Optométriste

Intervenant social

Autre : _____

Pourquoi votre enfant a-t-il rencontré ce ou ces professionnels ? _____

Avez-vous des inquiétudes concernant votre enfant ?