



Questionnaire sur le comportement auditif (parents)

Ce questionnaire peut être rempli directement à partir de votre ordinateur et acheminé par courriel. Vous pouvez aussi l'imprimer (idéalement recto - verso) pour le remplir à la main, puis le mettre à la poste, l'envoyer par télécopie ou l'amener avec vous lors de votre visite au Centre. Pour remplir ce questionnaire à l'ordinateur, veuillez suivre les directives suivantes :

- Pour inscrire une réponse, placez votre curseur dans les zones en gris et inscrivez votre réponse.
- Pour sélectionner une case, placez votre curseur dans les carrés appropriés et cliquez.

S.V.P. veuillez joindre à ce questionnaire les rapports d'évaluation en audiologie, orthophonie, orthopédagogie et psychologie concernant votre enfant.

Nom et prénom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant (j/m/

a) : / /

Questionnaire complété par :

Lien avec l'enfant :

Latéralité de l'enfant : droitier ou gaucher

I. GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

NON OUI

1. Est-ce que la mère a éprouvé des difficultés pendant la grossesse?

Si oui, précisez :

2. Est-ce que la mère a éprouvé certaines difficultés à l'accouchement?

Si oui, précisez :

3. Quels ont été les résultats du test APGAR de l'enfant ?

4. Est-ce que l'enfant a eu des problèmes postnataux (jaunisse, bébé bleu, transfusions, incubateur) ? Si oui, précisez :

II. PROFIL DE SANTÉ AUDITIVE

NON OUI

1. Votre enfant a-t-il des problèmes récurrents au nez, aux oreilles ou à la gorge (p. ex. : otites, gripes, allergies)? Si oui, précisez:

2. Votre enfant a-t-il pris des médicaments pour ses oreilles? Si oui, précisez quand et pour quelle oreille :

3. Votre enfant a-t-il déjà subi une chirurgie de l'oreille (p. ex.: tube) ou du nez et de la gorge (p. ex.: adénoamygdalectomie)? Si oui, précisez l'année, la raison et à quelle oreille :

4. Votre enfant éprouve-t-il des difficultés à entendre?

5. Votre enfant a-t-il déjà subi des tests auditifs? Si oui, veuillez, si possible, joindre une copie du rapport ou préciser à quel âge et à quel endroit :

6. Certains membres de sa famille présentent-ils des problèmes d'audition? Si oui, précisez de qui il s'agit et à partir de quel âge les problèmes se sont présentés :

7. Votre enfant a-t-il déjà subi un traumatisme important à la tête? Si oui, précisez l'âge de votre enfant au moment des faits et décrivez l'incident :

NON OUI

III. PROFIL DE SANTÉ GÉNÉRALE

1. Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé particuliers ayant nécessité par exemple la prise de médicaments ou une opération? Si oui, précisez. Dans le cas d'un déficit de l'attention, il est important d'indiquer tous les médicaments expérimentés ainsi que la posologie (vous pouvez demander au pharmacien la liste détaillée des médicaments que votre enfant prend ou a déjà pris).

2. Votre enfant a-t-il présenté un retard ou des difficultés de développement moteur (marcher, s'asseoir, apprendre la propreté, etc.)?

Si oui, précisez :

3. Votre enfant a-t-il connu un retard ou un trouble de développement du langage ?

Si oui, précisez :

IV. PROFIL ACADÉMIQUE DE L'ENFANT

NON OUI

1. Mon enfant est en _____ année à l'école _____ dans une classe de _____ élèves.

2. Votre enfant a-t-il déjà repris une année scolaire? Si oui, précisez laquelle ou lesquelles :

3. Votre enfant a-t-il de la difficulté en :

a) Épellation :

a) Dictée ou prise de notes en classe :

a) Lecture :

a) Compréhension de textes :

e) Arithmétique :

f) Résolution de problèmes (mathématique) :

4. Un membre de la famille immédiate ou élargie a-t-il déjà présenté des difficultés scolaires? Si oui, précisez qui et la relation avec l'enfant :

5. Votre enfant a-t-il déjà porté une prothèse auditive ou utilisé un système FM à l'école? Si oui, précisez quand et de quel type :

V. AIDE SPÉCIALISÉE

NON

OUI

Privé Scolaire

1. Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été suivi en orthopédagogie? Si oui, précisez à quel âge, par qui et à quelle fréquence :

2. Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été suivi en orthophonie? Si oui, précisez à quel âge, par qui et à quelle fréquence :

3. Votre enfant a-t-il été évalué en psychologie? Si oui, précisez à quel âge, par qui et à quelle fréquence :

4. Votre enfant a-t-il déjà été évalué en neurologie? Si oui, précisez à quel âge, par qui et à quelle fréquence :

5. Veuillez indiquer, le cas échéant, le nom et la spécialité des autres professionnels consultés (p. ex. : ergothérapeute ou autres).

VI. LOISIRS

1. Votre enfant préfère-t-il les jeux solitaires ou les sports d'équipe? Précisez lesquels et pourquoi selon vous ?

2. Votre enfant aime-t-il la musique et les comptines? Précisez :

V. PROFIL AUDITIF Votre enfant...

ATTENTION AUDITIVE	JAMAIS	À L'OCCASION	SOUVENT	TOUJOURS
1. A de la difficulté à porter attention au locuteur.				
2. A de la difficulté à demeurer attentif lors des consignes données en groupe.				
3. Est dans la lune.				
4. Se fatigue plus vite d'une tâche auditive.				
5. A de la difficulté à finir une tâche.				
6. Est distrait par les stimuli : auditifs ou visuels.				
DÉCODAGE AUDITIF				
1. Confond les mots qui se ressemblent <i>auditivement</i> . Exemple :				
2. Confond <i>à l'écrit</i> certaines lettres (p,b,d) ou chiffres qui se ressemblent. Exemple :				
3. A de la difficulté à séparer les mots en syllabes ou en sons, ou à fusionner les sons en syllabes, puis en mots.				
SÉPARATION FIGURE-FOND				
1. Est dérangé par les bruits ambiants (air climatisé, ordinateur, bruit du moteur, placotage).				

2. Ne répond pas à son nom en présence de bruits ambiants (fêtes, centres d'achat, restaurants).				
3. Comprend mal en présence de bruits ambiants (fêtes, centres d'achat, restaurants).				
4. A de la difficulté à bien localiser les sources sonores.				
MÉMOIRE ET ORGANISATION SÉQUENTIELLE				
1. A ou a eu de la difficulté à acquérir des apprentissages de base (p. ex. : comptines, mots nouveaux, son adresse, sa date de naissance).				
2. Difficulté à mémoriser les informations verbales (sans autre indice, visuel ou autre).				
3. Difficulté à se souvenir de certaines informations verbales déjà comprises.				
4. Difficulté à se remémorer des séquences (p. ex. : jours de la semaine, mois de l'année, numéros de téléphone).				
5. Difficulté à raconter une histoire ou un événement dans un ordre logique.				
6. Intervertit l'ordre des lettres ou des chiffres.				
COMPRÉHENSION DES CONSIGNES				
1. A de la difficulté à bien comprendre les consignes ou les informations dites oralement :				
a) Sans répétition.				
b) Sans indice visuel (geste, visage, image, écriture).				
c) En présence de bruits.				
d) Après répétition (dans les mêmes mots).				
e) Après reformulation (avec des mots différents).				
AUTRES COMPORTEMENTS				
1. Fait répéter les instructions verbales.				
2. Réagit à la parole de façon lente ou avec un délai.				
3. A de la difficulté à compléter une phrase ou un mot dont il manque une portion.				
4. Comprend mal les instructions écrites.				

COMMENTAIRES