

## Questionnaire sur le comportement auditif (parents)

Ce questionnaire peut être complété directement à l'ordinateur et retourné par courriel, les zones sensibles sont grisées. Vous pouvez aussi l'imprimer (idéalement recto - verso) pour le compléter à la main et le poster, le télécopier ou l'amener avec vous lors de votre visite au centre. Pour compléter ce questionnaire à l'ordinateur, suivez les directives suivantes.

- Pour inscrire une réponse, placez votre curseur dans les zones grisées 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 vécu des difficultés pendant la grossesse?

Si oui, précisez :

  

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

Si oui, précisez :

  

3. Quels ont été les résultats au test de 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 répétitifs au nez, aux oreilles ou à la gorge (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 (ex.: tube) ou du nez et de la gorge (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 passé 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 qui 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:

**III. PROFIL DE SANTÉ GÉNÉRALE :** **NON** **OUI**

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 essayés 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 eu 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 :

b) Dictée ou prise de note en classe :

c) Lecture :

d) Compréhension de texte :

e) Arithmétique :

f) Résolution de problème (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:

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

6. Votre enfant bénéficie t-il d'un placement préférentiel en classe (à l'avant) ?

7. Votre enfant bénéficie t-il de balles de tennis en dessous des pattes de chaise (en classe) ?

**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 (ex. : ergothérapeute...).

## 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	OCCASION	SOUVENT	TOUJOURS
1. A de la difficulté à porter attention au locuteur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A de la difficulté à demeurer attentif lors des consignes données en groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est dans la lune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se fatigue plus vite d'une tâche auditive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A de la difficulté à finir une tâche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est distrait par les stimuli : <input type="checkbox"/> auditifs ou <input type="checkbox"/> visuels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉCODAGE AUDITIF				
1. Confond les mots qui se ressemblent <i>auditivement</i> . Exemple :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Confond <i>à l'écrit</i> certaines lettres (p,b,d) ou chiffres qui se ressemblent. Exemple :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A de la difficulté à séparer les mots en syllabes ou en sons, ou à fusionner les sons en syllabes puis en mots.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SÉPARATION FIGURE-FOND				
1. Est dérangé par les bruits ambiants (air climatisé, ordinateur, bruit du moteur, placotage).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ne répond pas à son nom en présence de bruits ambiants (fêtes, centre d'achat, restaurant).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comprend mal en présence de bruits ambiants (fêtes, centre d'achat, restaurant).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**COMMENTAIRES:**