

Caractéristiques chez des jeunes enfants ayant un trouble de traitement auditif (TTA)

Nom _____ Âge _____
 Date _____

* Veuillez s.v.p. répondre par un "X" à chaque question là où les réponses s'appliquent à votre enfant * Lorsqu'il y a 2 parenthèses (c'est-à-dire, # questions 10 et 20), veuillez s.v.p. encercler la ou les bonne(s) réponse(s) qui s'applique(nt) à votre enfant

	Oui	Non	?
1. TTA ou présumé TTA dans famille			
2. Histoire d'otites (du liquide/des infections d'oreille) (tubes)			
3. Allergies			
4. A éprouvé des difficultés à apprendre parler – retard de langage			
5. Mauvaise articulation			
6. Vocabulaire limité			
7. Difficultés à suivre le rythme d'une musique			
8. N'a pas appris les comptines à la garderie			
9. Difficulté avec jeux de doigts (petites pièces) (ex. Ainsi font, font, font les petites marionnettes)			
10. Langage peu développé (réceptif) ou (expressif) ou (les deux)			
11. Dérangé par le bruit			
12. Imiter les sons (par exemple quand la voiture démarre)			
13. Peut être un enfant bruyant dans des conditions bruyantes			
14. Hyperactif / excité quand plusieurs enfants présents			
15. Oublieux			
16. Facilement distrait par le bruit			
17. Ne se souvient pas de simples consignes			
18. Désordonné, désorganisé			
19. Difficulté à localiser les sources sonores			
20. Reçoit ou a bénéficié de thérapie (d'intégration sensorielle) (en orthophonie)			

S.V.P. veuillez commenter ou expliquer, s'il y a lieu, les points ci-dessus :

Veuillez expliquer s'il y a d'autres caractéristiques ou événements qui vous préoccupent en lien avec le traitement auditif de votre enfant.
