

Questionnaire de vie quotidienne à remplir par les parents

Conditions de vie et Famille

Hôpital Raymond-Poincaré AP-HP
104 Bd Raymond Poincaré
92380 GARCHES

Parents vivants dans le même foyer :
Prénom et âge des frères et sœurs :

DMU Santé de l'Enfant et de
l'adolescent
Service de Neurologie Pédiatrique
et Réanimation

Langue(s) parlée(s) à la maison :

Événements familiaux ou pathologies qui auraient impacté la vie de
l'enfant :

Unité fonctionnelle Centre
Réfèrent des Troubles du
Langage et des Apprentissages

Responsable d'UF :
Dr Emilie Schlumberger - PH

Alimentation

Votre enfant s'alimente-t-il facilement ?
Si non, préciser :

Responsable Hôpital de Jour de
rééducation :
Dr Lucie Narcy - PHC

Sommeil

A quelle heure votre enfant se couche-t-il habituellement en semaine ?

Secrétariat Consultation :
Estelle Etolint

Infirmière coordinatrice de la
Consultation :
Maryline Barbé

Préciser si cauchemars, réveils nocturnes, transpiration, ronflement,
fatigue au réveil le matin, dort dans le lit des parents... :

Demande de 1^{ère} consultation
uniquement sur mon.aphp.fr

Renseignements

Estelle Etolint
01 47 10 44 37
du lundi au vendredi de 13.30 à 16.00

Profil sensoriel

A-t-il des réactions exagérées aux bruits, odeurs, lumières, contact ou
textures :

Préciser :

Profil moteur

A-t-il des difficultés dans les habiletés motrices globales (marcher, sauter,
faire du vélo...) ?

Des difficultés dans les habiletés motrices fines (boutonner, lacer, découper, dessiner, avec les couverts) ?
Dans les jeux de balle ou d'équilibre ?
Préciser :

Est-il autonome en vie quotidienne ?
Peut-il proposer de petites initiatives ?
S'organiser ?
Se repère-t-il dans l'espace, dans le temps ?
Préciser :

Profil émotionnel

Est-il souvent angoissé ?
Préciser :

Exprime-t-il de la tristesse ?

Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?

Se dévalorise-t-il (*je suis nul*) ?

Préciser :

Vie Relationnelle

A-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison) ?

Préciser :

A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder ?

Préciser :

Est-il ou a-t-il été victime de moqueries, humiliations ou harcèlement à l'école ?

Préciser :

Loisirs

Temps quotidien en heures passé devant :

La télévision

Les jeux vidéo

L'ordinateur

Le téléphone

Une tablette

Total hebdomadaire :

Savez-vous ce qu'il regarde et en parlez-vous avec lui ?

Activité extrascolaire pratiquée :

Temps quotidien moyen passé dans les activités d'extérieur :

Le comportement de votre enfant vous met-il en difficulté ?

Si oui, de quelle façon, et est-ce la plupart du temps ?

Qui l'aide pour ses **devoirs et leçons** ?

Combien de temps prend-il pour ses devoirs et leçons ?

Ressentez-vous un **comportement général** gênant la vie quotidienne :

Difficulté de concentration

Impulsivité

Agitation motrice

Avez-vous des **demandes ou des inquiétudes particulières** concernant votre enfant ?