

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Un des deux parents a-t-il présenté des difficultés semblables à celles de l'enfant ?

- Parent 1 Oui Non
- Parent 2 Oui Non

Quelles difficultés ? -----

Si l'enfant a des frères et sœurs, certains ont-ils connu les mêmes difficultés ? Oui Non

- Prénom : ----- À quel âge : -----
- Prénom : ----- À quel âge : -----

D'autres difficultés ? Oui Non

Lesquelles ? -----

Pour cela voient-ils un spécialiste (médecin, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue / neuropsychologue) ? Oui Non

ANTECEDENTS DE VOTRE ENFANT

Avez-vous eu des problèmes durant la grossesse ? Oui Non

- Diabète Oui Non
- Hypertension Oui Non
- Menace de fausse couche Oui Non
- Autre, précisez

Avez-vous eu des problèmes durant l'accouchement ? Oui Non

Si oui, lesquels

Prématuré Post-terme de combien :

Césarienne pourquoi ?.....

Quel était son poids à la naissance ?.....

Complications post-natales ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?.....

Séjour en néonatalogie ? Oui Non Combien de temps ?.....

A-t-il eu un suivi dans un CAMSP ? Oui Non

A-t-il eu des problèmes de santé ? Oui Non

Si oui, lesquels et à quel âge.....

A-t-il été hospitalisé ? Oui Non

Si oui, quand et pourquoi ?

A-t-il eu des problèmes ORL (amygdales ou végétation) ? Oui Non

Si oui, lesquels et à quel âge ?

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Si oui, pourquoi ?.....

Votre enfant a-t-il des allergies, de l'asthme, l'eczéma ? Oui Non

Si oui, précisez ?.....

A quel âge votre enfant a-t-il acquis la propreté diurne/nocturne ?.....

DEVELOPPEMENT INITIAL DE VOTRE ENFANT : Motricité

L'âge de station debout : Age des premiers pas :

A quel âge a-t-il appris à faire du vélo : Nager :

Avec des difficultés ? Vélo ? Oui Non Nager ? Oui Non

Trouvez-vous que votre enfant était maladroit/brusque ? Oui Non

Trouvez-vous que votre enfant avait un mauvais équilibre ? Oui Non

Avait-il eu du retard pour s'habiller seul ? Oui Non

Avait-il eu du retard pour boutonner un gilet ? Oui Non

Avait-il des difficultés pour manger proprement ? Oui Non

DEVELOPPEMENT INITIAL DE VOTRE ENFANT : Parole et langage

Langue maternelle :

Autre(s) langue(s) parlée(s) :

 Il a eu des problèmes du langage ? Oui Non

Si oui, précisez

Par rapport aux autres enfants, quand il est rentré à la maternelle, parlait-il :

 Mieux Aussi bien Moins bien

 Avait-il des difficultés à se faire comprendre : Oui Non

- À la maison À l'école

 Avait-t-il des difficultés pour vous comprendre ? Oui Non

 A-t-il eu des problèmes d'audition ? A quel âge ? Oui Non

 A-t-il eu un audiogramme ? Oui Non

- Résultat :

LA MATERNELLE

A quel âge est-il rentré à la maternelle ?.....

 Vous a-t-on signalé des difficultés ? Oui Non

- Si oui, lesquelles :.....

 La tenue du crayon a été acquise : Difficilement Facilement

Votre enfant a-t-il des difficultés pour :

- Dessiner Oui Non
- Ecrire Oui Non
- Faire des puzzles Oui Non
- Colorier Oui Non
- Découper Oui Non

 L'apprentissage des lettres et écrire son nom s'est fait : Difficilement Facilement
COURS PREPARATOIRE – CP

 A-t-il manifesté des difficultés dans l'acquisition de la lecture ? Oui Non

 Les 3 premiers mois, l'apprentissage a été : Difficile Facile

Si oui, précisez :

 En fin de CP, la lecture était : Non acquise Acquise

 A-t-il eu des difficultés pour l'apprentissage des nombres et le calcul ? Oui Non

 L'apprentissage du calcul était-il plus difficile que celui de la lecture ? Oui Non
HABILETES SOCIALES

 Votre enfant a-t-il des difficultés pour créer des liens amicaux ? Oui Non

 Votre enfant est-t-il rarement ou pas invité aux anniversaires ? Oui Non

 Petit, est-ce que votre enfant ne pointait et ne désignait pas des objets ? Oui Non

 N'a pas fait des jeux de « faire semblant » (jouer à la dinette, à bricoler, ...) Oui Non

 A-t-il des intérêts restreints (intérêts spécifiques / passions excessives, ex. apprendre par cœur tous les horaires de train / bus, les capitales de pays) ? Oui Non

Si oui, précisez.....

 A-t-il des comportements répétitifs ? (Ex. bouger une partie du corps de manière répétée) Oui Non

Si oui, précisez

 Ne reconnaît-t-il pas facilement des émotions d'autrui ? Oui Non

 Veut-il toujours faire les choses de la même manière, dans un certain ordre / n'accepte-t-il pas facilement le changement ? Oui Non

Si oui, précisez.....

ACTUELLEMENT

Combien de temps en moyenne, votre enfant passe de temps par jour devant un écran ?

(Télévision, ordinateur, console et jeux vidéo, smartphone...)

A-t-il des activités extrascolaires : (sports, musique, théâtre,) Oui Non

Lesquelles ?.....

A quels jeux joue votre enfant à l'intérieur ? :.....

À l'extérieur ?

ORGANISATION SPATIALE et TEMPORELLE

Votre enfant a-t-il des difficultés pour :

Reconnaitre les moments de la journée (matin/après-midi/soir) ? Oui Non

Comprendre les notions suivantes : hier, demain, après-demain ? Oui Non

Avait-il des grosses difficultés pour reconnaitre la gauche et la droite ? Oui Non

Avait-il des difficultés pour reconnaitre les lieux déjà fréquentés ? Oui Non

Avait-il besoin d'indices pour se repérer dans la semaine (dimanche = repos, lundi = école ...) ?

Oui Non

BILANS et SUIVIS :

Est-ce que votre enfant a déjà bénéficié d'une **consultation médicale spécialisée** ?

Neuropédiatre Pédopsychiatre Si oui préciser la (les) date(s) :.....

Nom(s) et les coordonnées médecin(s).....

.....

Est-ce que votre enfant a déjà bénéficié de **bilan(s)** ?

Orthophonique (Dates :.....) Psychomoteur (Dates :.....)

Psychologique (Dates :.....) Ergothérapeutique (Dates :.....)

Orthoptique (Dates :.....) Autre (lequel et quand :

Est-ce que votre enfant a déjà bénéficié **de séance(s) de suivi** ?

D'orthophonie (Dates :.....) De psychomotricité (Dates :.....)

De psychologie (Dates :.....) D'ergothérapie (Dates :.....)

D'orthoptie (Dates :.....) Autre (lequel et quand

TOUS LES COMPTES RENDUS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX SONT OBLIGATOIREMENT A JOINDRE AU DOSSIER PCO !

MOTIF DE LA SAISIE :

Pourquoi vous avez décidé de vous adresser à la PCO 7-12 ?.....

.....

.....

Qui vous a orienté à la PCO 7-12 ? (Nom et fonction) :.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....