

Questionnaire initial – physiothérapie pédiatrique, enfant d’âge scolaire

Je vous invite à remplir ce questionnaire avant notre première rencontre. Il vous permettra de préciser l’histoire de votre enfant et vos inquiétudes par rapport à son développement. Ainsi, l’ouverture de son dossier sera plus rapide lors de son rendez-vous.

*** Vous n’êtes pas tenu(e) de répondre à toutes les questions.**

* Nous pourrions aussi remplir le questionnaire ensemble si vous le préférez.

* Comme toute information contenue dans le dossier de votre enfant, ce questionnaire est confidentiel.

IDENTIFICATION DE VOTRE ENFANT

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Téléphone : _____ Courriel (optionnel)¹ : _____

Adresse : _____

Nom du/des parent(s) ou de la personne ressource : _____

Nom du médecin de votre enfant, le cas échéant : _____

Je souhaite que le rapport de l’évaluation en physiothérapie soit envoyé à ce médecin

Autres professionnels de la santé, le cas échéant : _____

Pour quelle(s) raison(s) consultez-vous? _____

¹ Votre adresse courriel peut être utilisée pour vous transmettre un programme d’exercices ou des documents informatifs. Elle ne sera pas utilisée à des fins commerciales ou publicitaires.

CONDITION GÉNÉRALE DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT

Maladie(s) ou problème(s) de santé, actuel(s) ou passé(s) : _____

Chirurgies (passées ou à venir) : _____

Médicament(s) et/ou suppléments : _____

Examen(s) médical/aux : _____

Allergie(s) : _____

HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENFANT

Nombre approximatif d'heures de sommeil de votre enfant par jour : _____

Alimentation (diète particulière, aversions alimentaires, ...) : _____

Loisirs : _____

MILIEU DE VIE DE VOTRE ENFANT

Nombre de frère(s) et sœur(s) : _____

Un autre enfant à la maison présente un handicap ou des difficultés de développement : _____

HISTOIRE OBSTÉTRICALE (GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT) : au besoin, détaillez.

Particularité(s) et/ou complication(s) de la grossesse : _____

Nombre de semaines de grossesse complétées au moment de l'accouchement : _____

Particularité(s) et/ou complication(s) lors de l'accouchement : _____

APGAR à la naissance (ces chiffres sont inscrits au début du carnet de santé de votre enfant) : _____

Poids approximatif de votre bébé à la naissance : _____

DÉVELOPPEMENT DEPUIS LA NAISSANCE : au besoin, détaillez.

Si possible, précisez à quel âge votre enfant a :

- tenu seul sa tête : _____ ;
- s'est tenu assis sans aide : _____ ;
- a marché à quatre pattes : _____ ;
 - il n'a jamais marché à quatre pattes
- a commencé à marcher sans aide : _____ ;
- a commencé à faire du vélo à deux roues : _____ .

Selon vous, est-ce que votre enfant bouge autant un côté que l'autre de son corps?

- oui non : _____

Veillez indiquer si vous avez des *inquiétudes* concernant (détaillez au besoin) :

- la vision de votre enfant : _____ ;
- son audition (capacité à entendre) : _____ ;
- son langage : _____ ;
- son comportement : _____ .

PARCOURS SCOLAIRE :

Quel est le niveau scolaire de votre enfant actuellement (exemple : 1^{ère} année du primaire)? _____

Son enseignant vous a-t-il mentionné que votre enfant présente des difficultés?

- non oui : _____

Votre enfant se plaint-il lui-même d'éprouver des difficultés à l'école?

- non oui : _____

SYMPTÔMES DIVERS :

Est-ce que votre enfant (détaillez au besoin) :



Physiothérapie Élise Dubé
3141 boul. Taschereau, suite 352C
Greenfield Park, Qc, J4V 2H2
438 923-1010 / info@physioelisedube.com

- se plaint souvent de douleur; _____
- se fatigue plus rapidement que les autres enfants de son âge; _____
- souffre du mal des transports; _____
- présente une sensibilité élevée aux bruits forts et inattendus; _____
- tolère mal certains vêtements ou certaines textures d'aliments; _____
- a de la difficulté à évacuer ses selles (cacas)? _____

Autre(s) observation(s) non-mentionnée(s) ci-haut : _____

Date : _____ Rempli par/ signature : _____

Merci de votre collaboration!
Au plaisir de vous rencontrer,
Élise Dubé, pht