

Questionnaire initial – rééducation périnéale (enfants)

Je vous invite à remplir ce questionnaire avant notre première rencontre. Il vous permettra de préciser les symptômes de votre enfant et les inquiétudes que lui ou vous-même avez. Ainsi, l'ouverture du dossier de votre enfant 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 : _____

Chirurgies (passées ou à venir) : _____

Médicament(s) et/ou suppléments : _____

Examens médicaux : _____

Allergie(s) : _____

HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENFANT

Est-ce que votre enfant :

- ronfle (ou fait des bruits étranges) lorsqu'il dort;
- dort souvent la bouche ouverte (ou son oreiller est souvent humide à son lever);
- bouge beaucoup lorsqu'il dort;
- semble souvent congestionné;

- pratique un sport de façon assidue (si oui, lequel : _____);

- a une alimentation variée (si non, précisez : _____);
- boit de l'eau régulièrement dans la journée.

HABITUDES MICTIONNELLES (PIPIS)

1. Votre enfant est-il continent pour les urines?

- oui, depuis l'âge de _____ le jour et _____ la nuit;
 - il a des incontinences occasionnelles;
 - ses sous-vêtements sont parfois légèrement mouillés;
- non;
 - non, mais il l'a déjà été.

2. Environ combien de fois par jour votre enfant urine-t-il? _____

3. À votre connaissance (selon son âge, vous pouvez questionner votre enfant), votre enfant :

- doit « forcer » pour commencer à uriner;
- urine de façon discontinue (l'urine sort par petits jets plutôt que d'un seul jet);
- ressent parfois de la douleur lorsqu'il urine;
- repousse volontairement le moment d'aller à la toilette pour uriner :
 - à la maison;
 - dans les lieux publics seulement;
- a parfois des pipis :
 - malodorants;
 - particulièrement petits (seulement quelques gouttes);
 - accompagnés de sang.

HABITUDES DÉFÉCATOIRES (CACAS)

1. Votre enfant est-il continent pour les selles?

- oui, depuis l'âge de _____ le jour et _____ la nuit;
 - il a des incontinences occasionnelles;
 - ses sous-vêtements sont parfois légèrement souillés de selle;
- non;
 - non, mais il l'a déjà été.

2. Environ combien de fois par semaine votre enfant fait-il une selle? _____

3. À votre connaissance (selon son âge, vous pouvez questionner votre enfant), votre enfant :

- doit « forcer » pour expulser ses selles;
- se plaint parfois de douleur au ventre;
- ressent parfois de la douleur lors de la défécation;

- repousse volontairement le moment d'aller à la toilette :
 - à la maison;
 - dans les lieux publics seulement;
- a parfois des selles :
 - liquides;
 - particulièrement grosses (peuvent « boucher » la toilette);
 - rondes et petites (comme des « crottes de lapin »);
 - accompagnées de sang;
 - accompagnées de mucus blanc.

MILIEU DE VIE DE VOTRE ENFANT

Nombre de frère(s) et sœur(s) : _____

- Mon enfant fréquente une garderie
- Mon enfant fréquente une école

HISTOIRE OBSTÉTRICALE (GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT)

1. Particularité(s) et/ou complication(s) de la grossesse : _____
 2. Nombre de semaines de grossesse complétées au moment de l'accouchement : _____
 3. Particularité(s) et/ou complication(s) lors de l'accouchement : _____
-

DÉVELOPPEMENT DEPUIS LA NAISSANCE :

Si possible, précisez à quel âge votre enfant :

- s'est tenu assis sans aide : _____;
- a marché à quatre pattes : _____;
- a commencé à marcher sans aide : _____;

- a commencé à faire du tricycle : _____.

À votre avis, le développement global de votre enfant est-il équivalent à celui des enfants du même âge (langage, motricité, ...) :

Oui;

Non, précisez : _____

SYMPTÔMES DIVERS ET AUTRES QUESTIONS

À votre avis (ou selon une évaluation professionnelle précédente), votre enfant est-il particulièrement sensible aux bruits, aux textures ou tout autre stimulus?

Oui, précisez : _____

Non

Est-ce qu'un autre membre de la famille rapprochée de l'enfant (mère, père et/ou fratrie) a eu des difficultés similaires à celle pour laquelle votre enfant consulte?

Oui, précisez : _____

Non

Autre(s) observation(s) ou commentaire(s) : _____

Date : _____

Rempli par/ signature : _____