

QUESTIONNAIRE - HISTORIQUE DE VIE DE L'ENFANT

S'il vous plaît répondre à toutes les questions du mieux que vous le pouvez. Les informations suivantes nous permettront de mieux connaître votre enfant et demeureront confidentielles.

 Name Date _____

Relation avec l'enfant Mère Père Autre _____

Statut des parents Marié Conjoint de fait Séparé Divorcé

Si parents sont divorcés ou séparés, qui a la garde de cet enfant? _____

À quelle fréquence l'enfant voit-il l'autre parent? _____

L'enfant est-il significativement proche d'un parent? Lequel? _____

Enfant

Nom de l'enfant _____ Garçon Fille

Date de naissance _____ Âge de l'enfant _____

Langue(s) parlée(s) Français Anglais Autre(s) _____

Personne à contacter en cas d'urgence _____

Téléphone(s) _____

Mère

Nom _____ Âge _____

Adresse _____

Tel (maison): _____ Tel (travail) _____ Tel (cell) _____

Courriel _____ Niveau d'éducation _____

Employeur _____ Titre d'emploi _____

Père

Nom _____ Âge _____

Adresse _____

Tel (maison) _____ Tel (travail) _____ Tel (cell) _____

Courriel _____ Niveau d'éducation _____

Employeur _____ Titre d'emploi _____

Famille

L'enfant vit-il dans une famille reconstituée? (demi-frères/sœurs) Oui Non

Certains des membres de la famille sont-ils adoptés? Oui Non Qui? _____

Nom du frère/sœur 1 _____ Âge _____

Nom du frère/sœur 2 _____ Âge _____

Nom du frère/sœur 3 _____ Âge _____

Nom du frère/sœur 4 _____ Âge _____

Qui nous a référé l'enfant? Où avez-vous trouvé notre numéro?

Raisons de la consultation

Quelle est la(les) difficulté(s) de votre enfant pour laquelle (lesquelles) vous désirez obtenir de l'aide?

Comment expliquez-vous ce qui se passe dans la vie de votre enfant?

Décrivez toute difficulté relationnelle à laquelle votre enfant doit faire face.

Décrivez toute difficulté académique à laquelle votre enfant doit faire face.

Qu'est-ce que vous aimez le plus de votre enfant?

Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile quant à l'éducation de votre enfant?

Quelles sont vos attentes par rapport à la thérapie? Quel but spécifique aimeriez-vous atteindre?

Historique médical

Nom des médecins et autres professionnels impliqués dans la santé de votre enfant (indiquez leur spécialité).

À quand remonte le dernier examen médical de votre enfant?

_____ Mois _____ Année

Résultats _____

À quand remontent les derniers tests sanguins de votre enfant?
(si applicable)

_____ Mois _____ Année

Résultats _____

S'il vous plaît lister tous les médicaments que votre enfant prend, incluant les vitamines et suppléments, remèdes à base d'herbes ou médicaments en vente libre.

Nom du médicament (supplément) & dosage	Date de la première prise? Pris pendant combien de temps?	Pour le traitement de...

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu, par le passé, d'autres conditions médicales, traitements, chirurgies ou médications? (respiratoire, cardiovasculaire, gastro-intestinale, urinaire, musculaire, peau, vision, audition, neurologique, allergies, allocution)?

Y a-t-il des antécédents de maladies mentales ou problèmes psychologiques dans la famille de votre enfant?
Qui?

Anxiété, inquiétudes constantes	Oui	Non	_____
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	Oui	Non	_____
Attaques de panique	Oui	Non	_____

Phobies	Oui	Non	_____
Dépression	Oui	Non	_____
Bipolarité ou maniaco-dépression	Oui	Non	_____
Problèmes d'alcool	Oui	Non	_____
Problèmes de drogues	Oui	Non	_____
Abus sexuel	Oui	Non	_____
Abus physique, émotionnel	Oui	Non	_____
Trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou traumatisme	Oui	Non	_____
Suicide ou tentatives suicidaires	Oui	Non	_____
Schizophrénie ou psychose	Oui	Non	_____
Personnalité avec qui il est difficile de s'entendre	Oui	Non	_____
Anorexie ou boulimie (troubles alimentaires)	Oui	Non	_____
Comportement criminel	Oui	Non	_____
Autre _____			_____
Autre _____			_____

Historique des difficultés psychologiques

Votre enfant a-t-il déjà consulté un psychologue/thérapeute/psychiatre? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Votre enfant a-t-il déjà été très anxieux? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Votre enfant a-t-il déjà eu un problème de colère ou d'agressivité? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Votre enfant a-t-il déjà été déprimé? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Votre enfant a-t-il déjà songé au suicide, ou à se blesser physiquement?
 Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Oui

Non

Votre enfant a-t-il déjà vécu un traumatisme sévère (physique ou psychologique)? Par exemple, un traumatisme pourrait être un événement isolé (tel un accident de voiture) ou un événement répétitif (tel un abus sexuel). Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et décrire le ou les événements :

Mode de vie

Décrivez le **régime alimentaire** de votre enfant.

Catégorie alimentaire	Portions par jour	Commentaires
Légumes		
Fruits		
Pâtes & céréales		
Produits laitiers (fromage, yogourt, etc.)		
Poisson (saumon, thon, etc.)		
Viande (bœuf, poulet, etc.)		
Alternatives à la viande (tofu)		
Caféine (chocolat, boisson gazeuse, café, thé, boisson énergisante)		
Sucrieries (dessert, bonbons, etc.)		

Décrivez quelques stressseurs auxquels votre enfant doit faire face.

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____

Décrivez le niveau actuel d'**activité physique** de votre enfant, en plus de tout sport ou exercice pratiqué:

Sommeil

Combien d'heures votre enfant dort-il par nuit actuellement? _____

À quelle heure va-t-il au lit les soirs d'école? _____ Les fins de semaine? _____

Votre enfant éprouve-t-il quelque difficulté de sommeil, telle:

___ difficulté à s'endormir	_____ fois par semaine ou _____ fois par mois
___ cauchemars / terreurs nocturnes	_____ fois par semaine ou _____ fois par mois
___ incontinences nocturnes	_____ fois par semaine ou _____ fois par mois
___ ne pas dormir du tout	_____ fois par semaine ou _____ fois par mois
___ phobie du noir/peur de dormir seul	_____ fois par semaine ou _____ fois par mois
___ réveil tôt le matin	_____ fois par semaine ou _____ fois par mois
___ réveil pendant la nuit	_____ fois par semaine ou _____ fois par mois

Dans l'affirmative d'une de ces questions, veuillez élaborer.

Éducation

École fréquentée (présentement) _____

Niveau scolaire _____

Écoles fréquentées (par le passé) _____

Classes spéciales/tuteurs/aide _____

Sujets sur lesquels votre enfant réussit bien _____

Sujets sur lesquels votre enfant éprouve des difficultés ou n'aime pas _____

Problèmes à l'école.

Commentaires des enseignants.

Fonctionnement social

Décrivez l'atmosphère à la maison. Qui vit dans la maison (décrivez les deux environnements si garde partagée), et comment chaque membre de la famille s'entend avec les autres et avec votre enfant.

Décrivez le réseau social de votre enfant – son groupe d'ami(e)s.

De façon générale, comment votre enfant s'entend-il avec ses pairs? Les adultes?

Pensez à quelques événements pour lesquels vous avez l'impression qu'ils ont eu un impact important sur votre enfant. Décrivez-les.

Merci.