



# Antécédents médicaux et du développement

Date :

Nom de l'enfant :

DDN :

## Histoire de la grossesse

- Infections, maladie ou médication prise par la mère \_\_\_\_\_
- Stress importants chez la mère \_\_\_\_\_
- Complications durant la grossesse \_\_\_\_\_
- Période d'allaitement de la mère \_\_\_\_\_
- Présentation par siège (indiquez si retournement avant accouchement) \_\_\_\_\_
- Peu de mouvements du bébé durant la grossesse \_\_\_\_\_
- Autre: \_\_\_\_\_

## Histoire de l'accouchement

Nombre de semaines \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ APGAR \_\_\_\_\_ (1 min) \_\_\_\_\_ (5 min)

- Expulsion vaginale
- Forceps
- Cordon autour cou
- Soins intensifs \_\_\_\_\_
- Période en incubateur \_\_\_\_\_
- Gavage \_\_\_\_\_
- Hospitalisation et autres soins prodigués \_\_\_\_\_
- Autre: \_\_\_\_\_
- Césarienne
- Succion
- Hypoxie
- Épidurale
- Jaunisse
- Blessures

Durée de l'allaitement s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

Jalons développementaux	Âge
Dormir la nuit entière	
Rouler	
Assis tout seul	
Ramper	
Se déplacer à 4 pattes	
Marcher	
Mastiquer nourriture solide	
Se nourrir seul avec ses mains	
Sourire social	
Pointer	

## Antécédents médicaux et du développement

Parler	Mots :	Phrases :
Contrôle des sphincters	Jour :	Nuit :
Découper avec des ciseaux		
Nager		
Vélo		

### Préoccupations de petite enfance

#### Observations/préoccupations

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coliques<br><input type="checkbox"/> Troubles de sommeil<br><input type="checkbox"/> Constipation/ Diarrhées<br><input type="checkbox"/> Mal du transport<br><input type="checkbox"/> N'aimait pas être sur le dos<br><input type="checkbox"/> N'aimait pas être dans les bras<br><input type="checkbox"/> Maux de ventre<br><input type="checkbox"/> Hypersensibilités sensorielles<br><input type="checkbox"/> Se balancer sur soi-même.<br><input type="checkbox"/> N'aimait pas la suce<br><input type="checkbox"/> Peur inhabituelles ou excessives | <input type="checkbox"/> Pleurs excessifs<br><input type="checkbox"/> Alimentation difficile<br><input type="checkbox"/> Intolérances alimentaires<br><input type="checkbox"/> N'aimait pas être sur le ventre<br><input type="checkbox"/> Besoin d'être pris constamment<br><input type="checkbox"/> Très calme, sollicitait peu<br><input type="checkbox"/> Réagissait peu à la douleur<br><input type="checkbox"/> Hyposensibilités sensorielles<br><input type="checkbox"/> N'aimait pas changer de couche.<br><input type="checkbox"/> N'a pas les jouets dans sa bouche<br><input type="checkbox"/> A peu fait de jeu symbolique |
|---|--|

### Jalons scolaires

À quel âge votre enfant a-t-il débuté l'apprentissage de la lecture ? \_\_\_\_\_

À quel âge votre enfant a-t-il débuté l'apprentissage de l'écriture ? \_\_\_\_\_

### Histoire médicale et dates approximatives

- Torticollis \_\_\_\_\_
- Plagiocéphalie \_\_\_\_\_
- Maladies infantiles ou autre maladie grave \_\_\_\_\_
- Otites ou autres infections aux oreilles \_\_\_\_\_
- Prise d'antibiotiques (nombre d'épisodes depuis la naissance) \_\_\_\_\_
- Insertion de tubes dans les oreilles \_\_\_\_\_
- Amygdalectomie/ Adénoïdectomie \_\_\_\_\_
- Problèmes de peau (eczéma etc.) \_\_\_\_\_
- Allergies \_\_\_\_\_
- Épilepsie/ convulsions \_\_\_\_\_
- Constipation/diarrhée \_\_\_\_\_
- Commotion cérébrale \_\_\_\_\_
- Autre: \_\_\_\_\_
- Autre: \_\_\_\_\_

## Antécédents médicaux et du développement

Évaluations antérieures	Date	Résultat et recommandations
Optométrie		
Audiologie		
Ergothérapie		
Neuropsychologie		
Psychologie		
Orthophonie		
Physiothérapie		
Pédopsychiatrie		
Psychomotricité		

Diagnostics	Date d'obtention	Nom du md, du professionnel ou de l'institution ayant donné le diagnostic

Médication actuelle	Posologie	Effet visé

Antécédents familiaux	Lien de parenté
Retard de développement	
Trouble de l'attention	
Hyperactivité	
Douance /Haut potentiel	
Trouble du langage	
Autisme	
Dépression	
Autre trouble de santé mentale	
Trouble d'apprentissage	
Maladie d'Alzheimer	
Maladie auto-immune	
Autre	

Merci beaucoup