



# Questionnaire : Les habitudes de vie

## L'OCCUPATION

### Description des habitudes de vie de mon enfant (version 2022)

Cher parent, dans la grille qui suit, vous pouvez me partager un descriptif du fonctionnement de votre enfant au quotidien. Je tiendrai compte de cette information dans l'analyse du profil occupationnel de développement de votre enfant.

Encercler un des 4 symboles pour chaque section pour décrire l'impact sur le quotidien.



Aucune préoccupation



Impact léger



Impact modéré















Impact sévère

DOMAINE	DESCRIPTION des FORCES et DÉFIS
<p><b>1. <u>Alimentation et période du repas</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Utilisation des ustensiles ?</li><li><input type="checkbox"/> Propreté durant le repas ?</li><li><input type="checkbox"/> Sélectivité alimentaire ?</li><li><input type="checkbox"/> Comportement aux repas ?</li><li><input type="checkbox"/> Capacité de rester assis ?</li><li><input type="checkbox"/> Perception de la faim/soif/satiété ?</li><li><input type="checkbox"/> Autres particularités ?</li></ul> <p><b>Encercler un des symboles</b></p>	
<p><b>2. <u>Hygiène excrétrice</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Perception des sensations?</li><li><input type="checkbox"/> Contrôle des sphincters de jour et de nuit?</li><li><input type="checkbox"/> Capable de s'essuyer seul?</li><li><input type="checkbox"/> Fréquence de la toilette?</li><li><input type="checkbox"/> Attend à la dernière minute?</li><li><input type="checkbox"/> Autres informations / particularités?</li></ul> <p><b>Encercler un des symboles</b></p>	



# Questionnaire : Les habitudes de vie

<p><b>3. <u>Hygiène personnelle</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Autonomie</li><li><input type="checkbox"/> Brossage des dents ?</li><li><input type="checkbox"/> Bain/douche ?</li><li><input type="checkbox"/> Lavage des cheveux ?</li><li><input type="checkbox"/> Attacher les cheveux ?</li><li><input type="checkbox"/> Soins des ongles ?</li><li><input type="checkbox"/> Autres informations /particularités ?</li></ul> <p><b>Encercler un des symboles</b></p> <p>   </p>	
<p><b>4. <u>Habillage</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Autonomie ?</li><li><input type="checkbox"/> Choix des vêtements ?</li><li><input type="checkbox"/> Agencement des couleurs</li><li><input type="checkbox"/> Hypersensibilités aux textures ?</li><li><input type="checkbox"/> Autres informations /particularités ?</li></ul> <p><b>Encercler un des symboles</b></p> <p>   </p>	
<p><b>5. <u>Sommeil</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Heures du coucher/réveil ?</li><li><input type="checkbox"/> Type de routine ?</li><li><input type="checkbox"/> Difficultés d'endormissement ?</li><li><input type="checkbox"/> Peurs ?</li><li><input type="checkbox"/> Exigences particulières ?</li><li><input type="checkbox"/> Réveils nocturnes ?</li><li><input type="checkbox"/> Prise de suppléments ?</li><li><input type="checkbox"/> Autres informations /particularités ?</li></ul> <p><b>Encercler un des symboles</b></p> <p>   </p>	



# Questionnaire : Les habitudes de vie

## 6. Déplacements et sports

- Intérêt pour les activités sportives ?
- Coordination et sécurité dans les déplacements (marche, course, sauts etc.) ?
- Activités sportives pratiquées et niveau de compétence ?
- Utilisation des équipements de parc ?
- Fait du vélo? Sait nager?
- Autres informations /particularités ?

Encercler un des symboles



## 7. Responsabilités et organisation dans l'espace et le temps













- Autonomie dans les routines du quotidien ?
- Autonomie pour les études/ devoirs ?
- Organisation et capacité de d'enchaîner les étapes d'une tâche l'une après l'autre ?
- Initiation : Ce qui motive votre enfant de s'actualiser sans rappel ?
- Compréhension des concepts reliés au temps ?
- Outils utilisés avec succès (ex. time timer, sablier, horaire visuel etc.) ?
- Autres informations /particularités ?

Encercler un des symboles





# Questionnaire : Les habitudes de vie

<p><b>8. <u>Intérêts et jeux</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Peut s'occuper seul ?</li><li><input type="checkbox"/> Ses jeux autonomes ?</li><li><input type="checkbox"/> Ses intérêts ?</li><li><input type="checkbox"/> Qualité de sa participation dans des activités formelles (ex. cours de piano ou équipe de soccer) ?</li><li><input type="checkbox"/> Autres informations /particularités ?</li></ul> <p><b>Encercler un des symboles</b></p> <p>   </p>	
<p><b>9. <u>Socialisation</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Intérêt pour être avec les autres ?</li><li><input type="checkbox"/> Capacité de jouer avec les autres ?</li><li><input type="checkbox"/> Amitié, relations amoureuses ?</li><li><input type="checkbox"/> Communication ?</li><li><input type="checkbox"/> Compréhension des émotions des autres ?</li><li><input type="checkbox"/> Autres informations /particularités ?</li></ul> <p><b>Encercler un des symboles</b></p> <p>   </p>	
<p><b>10. <u>Fonctionnement dans le milieu scolaire et ou de garde :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Intérêt / engagement ?</li><li><input type="checkbox"/> Capacités d'apprentissage ?</li><li><input type="checkbox"/> Comportements ?</li><li><input type="checkbox"/> Ne fréquente pas ?</li></ul> <p><b>Encercler un des symboles</b></p> <p>   </p>	



# Questionnaire : Les habitudes de vie

## 11. Comportements et gestion des émotions

- Reconnaissance et expressions de ses propres émotions ?
- Respect des règles ?
- Coopération face à la discipline ?
- Description des modes de disciplines utilisés à la maison et utilité avec votre enfant ?
- Autres informations /particularités ?

Encercler un des symboles



## 12. Particularités quant à votre propre fonctionnement ou contraintes familiales que vous aimeriez partager :

- Horaire de travail chargé ?
- Manque de sommeil ?
- Ressources d'aide/répit limitées ?
- Autres enfants avec des besoins?
- Monoparentalité ?
- Sensibilités sensorielles ?
- État de santé physique ou mentale ?
- Autres ?

Encercler un des symboles



MERCI!

Nom de la personne qui a complété le questionnaire: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_