



## ANAMNÈSE TSA 13-17 ANS



### CADANCE

Centre d'accès interdisciplinaire dans  
une approche neurodéveloppementale  
centrée sur l'enfant

### CADANCE

#### Volet évaluation TSA 13-17 ans

Centre hospitalier de l'Université Laval  
et Centre mère-enfant Soleil  
2705, boul. Laurier  
Québec (Qc) G1V 4G2  
Téléphone : 418-525-4444, poste 48165  
Télécopieur : 418-521-1884  
Courriel : [cadance@chudequebec.ca](mailto:cadance@chudequebec.ca)

Nom et prénom de la personne qui complète le formulaire :

Lien de parenté avec l'adolescent(e) :

#### Informations démographiques

L'adolescent(e) pour qui la démarche d'évaluation a lieu

Nom :	Prénom :
RAMQ :	Date de naissance aaaa/mm/jj :
Sexe à la naissance :	Identité de genre actuelle :
Langue maternelle :	Langue parlée à la maison :
Adresse complète :	
Numéro de téléphone :	

#### Personne de référence à contacter lors de la démarche

Nom :	Prénom :
Lien avec l'adolescent(e) :	
Moyen de communication :	

#### Identification des parents

Nom du parent 1	Nom du parent 2
Date de naissance aaaa/mm/jj :	Date de naissance aaaa/mm/jj :
Identité de genre :	Identité de genre :
Origine ethnique/culturelle :	Origine ethnique/culturelle :
Niveau scolaire complété :	Niveau scolaire complété :
Occupation :	Occupation :

Nom : Prénom : # Dossier :

Identification des parents (suite)	
Adresse complète - Parent 1	Adresse complète - Parent 2
Courriel :	Courriel :
Téléphone principal :	Téléphone principal :
Autre téléphone :	Autre téléphone :
Contexte familial actuel	
Veuillez cocher tout ce qui correspond à la situation de l'adolescent(e) et compléter les informations associées	
<input type="checkbox"/> <b>Famille nucléaire (vit avec ses deux parents biologiques)</b>	
Nombre d'années en couple :	
<input type="checkbox"/> <b>Parents séparés</b>	
Date de la séparation :	
Nombre d'années en couple :	
<input type="checkbox"/> <b>Garde partagée</b>	
Modalité de la garde :	
<input type="checkbox"/> <b>Garde exclusive avec un des deux parents</b>	
Parents qui a la garde exclusive :	
Fréquence et modalités de contact(s) avec l'autre parent :	
<input type="checkbox"/> <b>Famille recomposée</b>	
Décrivez la situation :	
<input type="checkbox"/> <b>Famille d'accueil ou ressource d'hébergement</b>	
Nom/Prénom de la personne responsable :	
Téléphone :	Courriel :
<input type="checkbox"/> <b>Adoption</b>	Pays d'origine : Âge de l'adoption :
Détails :	
<input type="checkbox"/> <b>Autre situation</b>	
Détails :	



Nom : Prénom : # Dossier :

Antécédents	Lequel ou lesquels	Lien avec l'enfant
Haut potentiel intellectuel (ex : douance)		
Déficiance intellectuelle (spécifiez le degré)		
Anomalies chromosomiques (ex : trisomie 21, syndrome de Williams, etc.)		
Troubles neurologiques (ex : syndrome de Rett, épilepsie, spina-bifida, neurofibromatose, etc.)		
Maladies congénitales (ex : syndrome d'alcoolisation fœtale, fente labiale, etc.)		
Problèmes de comportement (ex : agressivité, criminalité, etc.)		
Problématiques de dépendance (ex : alcool, drogue, etc.)		
Problématique de langage (ex : difficulté/trouble de langage, dysphasie, bégaiement, etc.)		
Problématique d'apprentissage (ex : dyslexie, dyscalculie, dysorthographe, etc.)		
Déficits moteurs/sensoriels (ex : trouble développemental de la coordination, auditif, visuel, sensoriel, etc.)		
Autre condition		
<p align="center"><b>Passé scolaire et familial</b></p> <p align="center">Décrivez brièvement comment s'est déroulé le parcours scolaire des parents et de tous les membres de la fratrie de l'adolescent(e)</p>		
<b>Parent 1</b>	Nom et prénom :	
	Dernière année d'étude :	
	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> DEP <input type="checkbox"/> Cégep <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Autre	
	Diplômes :	
	Commentaires :	
	Précision du cheminement scolaire :	
	Difficulté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :	
	Problème de comportement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :	
	Manque d'intérêt : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :	
	Motivation à l'école : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :	
	Commentaire :	



**ANAMNÈSE**  
**TSA 13-17 ANS**

<b>Parent 2</b>	Nom et prénom :
	Dernière année d'étude :
	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> DEP <input type="checkbox"/> Cégep <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Autre
	Diplômes :
	Commentaires :
	Précision du cheminement scolaire :
	Difficulté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :
	Problème de comportement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :
	Manque d'intérêt : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :
	Motivation à l'école : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :
	Commentaire :
<b>Fratrerie 1</b>	Nom et prénom :
	Dernière année d'étude :
	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> DEP <input type="checkbox"/> Cégep <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Autre
	Diplômes :
	Commentaires :
	Précision du cheminement scolaire :
	Difficulté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :
	Problème de comportement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :
	Manque d'intérêt : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :
	Motivation à l'école : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Précision :
	Commentaire :

Nom : Prénom : # Dossier :

<b>Fratrie 2</b>	Nom et prénom :			
	Dernière année d'étude :			
	<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Secondaire	<input type="checkbox"/> DEP	<input type="checkbox"/> Cégep <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Autre
	Diplômes :			
	Commentaires :			
	Précision du cheminement scolaire :			
	Difficulté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précision :			
	Problème de comportement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précision :			
	Manque d'intérêt : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précision :			
	Motivation à l'école : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précision :			
	Commentaire :			
<b>Fratrie 3</b>	Nom et prénom :			
	Dernière année d'étude :			
	<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Secondaire	<input type="checkbox"/> DEP	<input type="checkbox"/> Cégep <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Autre
	Diplômes :			
	Commentaires :			
	Précision du cheminement scolaire :			
	Difficulté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précision :			
	Problème de comportement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précision :			
	Manque d'intérêt : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précision :			
	Motivation à l'école : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précision :			
	Commentaire :			
<b>GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT</b>				
<b>Informations prénatales</b>				
<b>Grossesse</b>				
Lien	Désirée	Non-désirée	Prévue	Imprévue
Parent 1				
Parent 2				
Est-ce que les parents ont éprouvé des difficultés à concevoir : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
Est-ce que les parents ont éprouvé des problèmes de fertilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				



**ANAMNÈSE**  
**TSA 13-17 ANS**

Est-ce que les parents ont déjà eu des problèmes de fausses couches : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
<b>Événements importants vécus pendant la grossesse</b>				
Perte d'emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
Travail pendant la grossesse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
Aux études : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
Anxiété face à la grossesse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
Anxiété face à la venue de l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
Maladie chez un parent : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
Avez-vous vécu un deuil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
Problématiques de santé vécues : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, précisez :				
Autre :				
<b>Habitudes de vie de la mère durant la grossesse</b>				
	Quantité	Fréquence	Trimestre	Précision
Alcool :				
Drogue :				
Tabac :				
Café :				

	Quantité	Fréquence	Trimestre	Précision
Médication :				
Autre(s) :				
Informations périnatales				
Nombre de semaines de grossesse :		Cotation de l'APGAR (voir carnet de santé) :		
Poids à la naissance :		Taille à la naissance :		
Type d'accouchement :		<input type="checkbox"/> Voie naturelle <input type="checkbox"/> Césarienne planifiée <input type="checkbox"/> Césarienne d'urgence		
Présence de complications :		Circulaire du cordon : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Siège : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Anoxie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Jaunisse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Problèmes respiratoires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Incubateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre :		
Informations postnatales				
Relation de couple après la grossesse				
Décrire brièvement la relation (l'ambiance, adaptation, conflits, séparations, etc.) :				
Congé de maternité/parental				
Durée :				
Qui a pris congé :				
DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT				
Décrire comment était votre enfant entre 0 à 4 ans (son tempérament, son comportement, votre relation avec ce dernier, etc.) :				
Quel âge avait votre enfant, lorsque vous avez eu vos premières inquiétudes quant à son fonctionnement ?				





CQ12329

**ANAMNÈSE**  
**TSA 13-17 ANS**

<b>Développement moteur</b>	
Âge de la marche à 4 pattes :	
Âge d'acquisition de la marche :	
<b>Informations sur la motricité fine</b>	
Donnez les détails sur la prise d'un crayon, d'un ustensile, LEGO, etc.	
<b>Informations sur la motricité globale</b>	
Donnez les détails sur son équilibres, sa coordination, l'âge d'apprentissage du vélo à 2 roues, etc.	
<b>Développement de la propreté</b>	
Âge d'acquisition de la propreté (jour/urine) :	
Âge d'acquisition de la propreté (jour/selle) :	
Âge d'acquisition de la propreté (nuit/urine) :	
Âge d'acquisition de la propreté (nuit/selle) :	
Comment s'est déroulé l'apprentissage ?	
Donnez des détails :	
<b>Développement du langage</b>	
Avez-vous eu des inquiétudes quant au développement du langage en bas âge ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom : Prénom : # Dossier :

L'adolescent(e) a-t-il/elle déjà eu une régression du langage ? (arrêté de dire les mots qu'il disait)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Particularité(s) au niveau du langage Donnez des détails :	
<b>Développement du jeu</b>	
Particularité(s) au niveau du développement du jeu : Donnez des détails sur l'absence ou la pauvreté de jeu symbolique/imaginatif en bas âge, des jeux inhabituels/répétitifs, etc :	
<b>Sommeil</b>	
Somnambulisme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Cauchemars : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Insomnie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Difficultés d'endormissement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Terreurs nocturnes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Apnée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Autres :	
<b>SANTÉ DE L'ENFANT</b>	
<b>Problématiques passées et/ou actuelles possibles</b>	
Allergie(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Intolérance(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Intervention(s) chirurgicales(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Traumatisme(s) physique(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Problème cardiaque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	
Problème de peau : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :	

Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Détails :
Convulsion ou épilepsie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Détails :
Problèmes intestinaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Détails :
Autres :
<b>Hospitalisation</b>
Âge : _____ Durée : _____
Raison(s) :
Réactions de l'enfant/l'adolescent(e) :
Réactions de la famille :
Commentaires :
Âge : _____ Durée : _____
Raison(s) :
Réactions de l'enfant/l'adolescent(e) :

Réactions de la famille :			
Commentaires :			
MÉDICATION			
Nom de la pharmacie :			
Adresse :			
Téléphone :			Télécopieur :
Courriel de la pharmacie :			
Veuillez énumérer les médicaments/vitamines/suppléments pris par l'adolescent(e) : ACTUELLEMENT			
Nom de la médication	Dose et fréquence	Date du commencement aaaa/mm/jj	Raison
Dans le passé			
Nom de la médication	Dose et fréquence	Dates aaaa/mm/jj	Raison



**ANAMNÈSE**  
**TSA 13-17 ANS**

Suivis médicaux			
Nom du médecin de famille :			
Nom de la clinique :			
Adresse :			
Téléphone :		Télécopieur :	
Courriel :			
L'adolescent(e) a-t-il/elle déjà VU un ou des professionnels parmi les suivants ?			
Service	Année	Nom du spécialiste et/ou établissement (école, CDRP, CRDI, privé, hôpital, CLSC, etc.)	Raison/Diagnostic
Audiologie <input type="checkbox"/> Rapport			
Optométrie <input type="checkbox"/> Rapport			
Psychologie <input type="checkbox"/> Rapport			
Neuropsychologie <input type="checkbox"/> Rapport			
Ergothérapie <input type="checkbox"/> Rapport			
Physiothérapie <input type="checkbox"/> Rapport			
Nutrition <input type="checkbox"/> Rapport			
Travail social <input type="checkbox"/> Rapport			
Psychoéducation <input type="checkbox"/> Rapport			

Nom : Prénom : # Dossier :

Service	Année	Nom du spécialiste et/ou établissement (école, CDRP, CRDI, privé, hôpital, CLSC, etc.)	Raison/Diagnostic
Orthophonie <input type="checkbox"/> Rapport			
Éducation spécialisée <input type="checkbox"/> Rapport			
Orthopédagogie <input type="checkbox"/> Rapport			
Autre(s) <input type="checkbox"/> Rapport			
<b>HISTOIRE SCOLAIRE</b>			
<b>Historique</b> <b>Veuillez indiquer le nom de toutes les ÉCOLES fréquentées :</b> <b><i>Vous devez annexer les copies des rapports scolaires et bulletins</i></b>			
<b>Nom de l'école :</b>			
Ville :			
Type de classe <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Spécialisée      Spécifier laquelle :			
Années :			
Niveau académiques :			
Difficultés :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Problèmes de comportement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Manque d'intérêt :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Motivation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Redoublement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Échecs scolaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Observations/Commentaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
<b>Nom de l'école :</b>			
Ville :			
Type de classe <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Spécialisée      Spécifier laquelle :			
Années :			
Niveau académiques :			
Problèmes de comportement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		



**ANAMNÈSE**  
**TSA 13-17 ANS**

Manque d'intérêt :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Motivation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Redoublement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Échecs scolaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
Observations/Commentaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
<p align="center"><b>Services dont l'adolescent(e) bénéficie</b> À compléter si l'adolescent(e) reçoit des services complémentaires. Spécifiez les raisons du service et le nombre d'année (depuis le début du service)</p>			
<b>Service</b>	<b>Raison</b>		<b>Depuis (nombre d'année(s))</b>
Éducation spécialisée			
Psychoéducation			
Psychologie			
Orthophonie			
Orthopédagogie			
Autres(s)			
<p align="center"><b>Problématiques dans le milieu scolaire</b></p>			
Problématique	Actuellement	Dans le passé	Précisez au besoin
Système de renforcement ou de feuilles de route	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Plan d'intervention (joindre le plan en annexe)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Suspensions(s) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Intimidation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Problèmes de comportement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Autre(s) :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
HABITUDES DE VIE DE L'ADOLESCENT(E) ACTUELLEMENT			
Sommeil			
Heure du lever	La semaine :		
	La fin de semaine :		
Heure du coucher	La semaine :		
	La fin de semaine :		
Somnambulisme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détail :			
Cauchemars <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détail :			
Insomnie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détail :			
Difficultés d'endormissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :			
Apnée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :			
Terreurs nocturnes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :			
Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :			
Alimentation			
Considérez-vous que votre adolescent(e) a des problèmes quant à la quantité ou la variété de son alimentation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :			
Notez-vous des particularités ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détail :			





**ANAMNÈSE**  
**TSA 13-17 ANS**

Activités/loisirs/activités sportives		
Intérêts		
Temps d'écran par jour		
Participation à une équipe ou un groupe	<input type="checkbox"/> Parascolaire <input type="checkbox"/> Communautaire Lequel/laquelle :	
	<input type="checkbox"/> Parascolaire <input type="checkbox"/> Communautaire Lequel/laquelle :	
Sport(s) pratiqué(s) et temps consacré	Sport :	Temps :
	Sport :	Temps :
	Sport :	Temps :
	Sport :	Temps :
Travail		
Votre adolescent(e) travaille-t-il/elle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Endroit :		
Nombre d'heures/semaine :		
Habitudes de consommation		
Votre adolescent(e) consomme t-il/elle?	Oui ou Non	Veuillez spécifier la quantité / la fréquence
Café / Thé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Boisson énergisante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Tabac	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Alcool	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cannabis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre(s) drogue(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Inquiétudes des parents	
Avez-vous des inquiétudes actuellement concernant votre adolescent(e)?	
Niveau Langage	
Difficultés dans l'utilisation du langage pour s'exprimer ou communiquer <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Difficultés à comprendre le langage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Niveau des habiletés sociales	
Contact visuel pauvre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Isolement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
N'est pas intéressé(e) par les autres jeunes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Difficulté à se faire ou garder des amis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Difficulté à interagir avec d'autres personnes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



**ANAMNÈSE**  
**TSA 13-17 ANS**

Réactions aux changements / périodes de transition
Difficulté à s'adapter aux changements <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Semble contrarié(e) durant les périodes de transition <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes sensoriels reliés au toucher, l'ouïe, l'odorat, la vue et le goût
Hyper/hypo sensibilité sensorielle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recherche de certains stimuli sensoriels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Comportements inhabituels
Intérêt excessif pour certains sujets/objets : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Trop concentré(e) sur les détails : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compulsions : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Obsessions : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mouvements inhabituels des mains ou du corps : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tics moteurs ou vocaux ou cris : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficultés de comportement et d'attention
Agressivité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Impulsivité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Provocation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



Nom : Prénom : # Dossier :

Crises de colère trop nombreuses : ☐ Oui ☐ Non

## Apprentissages et fonctionnement cognitif

Difficultés d'apprentissage en lecture : ☐ Oui ☐ Non

Difficultés d'apprentissage en écriture : ☐ Oui ☐ Non

Difficultés d'apprentissage en mathématiques : ☐ Oui ☐ Non

## Habiletés motrices

Absence de coordination : ☐ Oui ☐ Non

Problèmes de motricité globale (marcher/courir) : ☐ Oui ☐ Non



CQ12329

**ANAMNÈSE**  
**TSA 13-17 ANS**

Problèmes de motricité fine (écriture à la main) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Habiletés adaptatives et responsabilités</b> Lorsque comparé aux individus du même âge
Problèmes d'hygiène personnelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ne nettoie pas ses dégâts : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trop dépendant(e) des autres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Manque de motivation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres inquiétudes et problèmes

Problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, etc.) : ☐ Oui ☐ Non

Autres informations supplémentaires :

Nous vous remercions d’avoir pris le temps de compléter ce formulaire.  
Ces informations nous seront d’une grande utilité pour les évaluations à venir.



**CADANCE**

Centre d'accès interdisciplinaire dans  
une approche neurodéveloppementale  
centrée sur l'enfant