



CQ12329

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

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"/> Famille nucléaire (vit avec ses deux parents biologiques)			
Nombre d'années en couple :			
<input type="checkbox"/> Parents séparés			
Date de la séparation :			
Nombre d'années en couple :			
<input type="checkbox"/> Garde partagée			
Modalité de la garde :			
<input type="checkbox"/> Garde exclusive avec un des deux parents			
Parents qui a la garde exclusive :			
Fréquence et modalités de contact(s) avec l'autre parent :			
<input type="checkbox"/> Famille recomposée			
Décrivez la situation :			
<input type="checkbox"/> Famille d'accueil ou ressource d'hébergement			
Nom/Prénom de la personne responsable :			
Téléphone :		Courriel :	
<input type="checkbox"/> Adoption		Pays d'origine :	Âge de l'adoption :
Détails :			
<input type="checkbox"/> Autre situation			
Détails :			



CQ12329

ANAMNÈSE TSA 13-17 ANS

Nom :

Prénom :

Dossier :

Antécédents	Lequel ou lesquels	Lien avec l'enfant	
Haut potentiel intellectuel (ex : douance)			
Déficience 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, dysorthographie, etc)			
Déficits moteurs/sensoriels (ex : trouble développemental de la coordination, auditif, visuel, sensoriel, etc.)			
Autre condition			
Passé scolaire et familial Décrivez brièvement comment s'est déroulé le parcours scolaire des parents et de tous les membres de la fratrie de l'adolescent(e)			
Parent 1	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 :		



CQ12329

**ANAMNÈSE
TSA 13-17 ANS**

Parent 2	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 :	
Fratrie 1	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 :

Fratrie 2	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 :

Fratrie 3	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 :

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Informations prénatales

Grossesse

Lien	Désirée	Non-désirée	Prévue	Imprévue
Parent 1				
Parent 2				

Est-ce que les parents ont éprouvé des difficultés à concevoir : Oui Non

Si oui, précisez :

Est-ce que les parents ont éprouvé des problèmes de fertilité : Oui Non

Si oui, précisez :



CQ12329

ANAMNÈSE
TSA 13-17 ANS

Est-ce que les parents ont déjà eu des problèmes de fausses couches : Oui Non

Si oui, précisez :

Événements importants vécus pendant la grossesse

Perte d'emploi : Oui Non

Si oui, précisez :

Travail pendant la grossesse : Oui Non

Si oui, précisez :

Aux études : Oui Non

Si oui, précisez :

Anxiété face à la grossesse : Oui Non

Si oui, précisez :

Anxiété face à la venue de l'enfant : Oui Non

Si oui, précisez :

Maladie chez un parent : Oui Non

Si oui, précisez :

Avez-vous vécu un deuil : Oui Non

Si oui, précisez :

Problématiques de santé vécues : Oui Non

Si oui, précisez :

Autre :

Habitudes de vie de la mère durant la grossesse

	Quantité	Fréquence	Trimestre	Précision
Alcool :				
Drogue :				
Tabac :				
Café :				

Nom :

Prénom :

Dossier :

	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

Développement moteur	
Âge de la marche à 4 pattes :	
Âge d'acquisition de la marche :	
Informations sur la motricité fine	
Donnez les détails sur la prise d'un crayon, d'un ustensile, LEGO, etc.	
Informations sur la motricité globale	
Donnez les détails sur son équilibres, sa coordination, l'âge d'apprentissage du vélo à 2 roues, etc.	
Développement de la propreté	
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 :	
Développement du langage	
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 :	
Développement du jeu	
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 :	
Sommeil	
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 :	
SANTÉ DE L'ENFANT	
Problématiques passées et/ou actuelles possibles	
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 :	



CQ12329

ANAMNÈSE TSA 13-17 ANS

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 :	
Hospitalisation	
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) :	

Nom :

Prénom :

Dossier :



CQ12329

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			
HISTOIRE SCOLAIRE			
Historique Veuillez indiquer le nom de toutes les ÉCOLES fréquentées : <i>You must attach copies of school reports and bulletins</i>			
Nom de l'école :			
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 :	
Nom de l'école :			
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 :	



CQ12329

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 :		
Services dont l'adolescent(e) bénéficie 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)			
Service	Raison		Depuis (nombre d'année(s))
Éducation spécialisée			
Psychoéducation			
Psychologie			
Orthophonie			
Orthopédagogie			
Autres(s)			
Problématiques dans le milieu scolaire			
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	

Nom :

Prénom :

Dossier :

Autre(s) :

Oui Non

Oui 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 Oui Non

Détail :

Cauchemars Oui Non

Détail :

Insomnie Oui Non

Détail :

Difficultés d'endormissement Oui Non

Détails :

Apnée Oui Non

Détails :

Terreurs nocturnes Oui Non

Détails :

Autres Oui Non

Détails :

Alimentation

Considérez-vous que votre adolescent(e) a des problèmes quant à la quantité ou la variété de son alimentation?

Oui Non

Détails :

Notez-vous des particularités ? Oui Non

Détail :



CQ12329

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	

Nom :

Prénom :

Dossier :

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 Oui Non

Difficultés à comprendre le langage Oui Non

Niveau des habiletés sociales

Contact visuel pauvre Oui Non

Isolement Oui Non

N'est pas intéressé(e) par les autres jeunes Oui Non

Difficulté à se faire ou garder des amis Oui Non

Difficulté à interagir avec d'autres personnes Oui Non



CQ12329

ANAMNÈSE
TSA 13-17 ANS

Réactions aux changements / périodes de transition

Difficulté à s'adapter aux changements Oui Non

Semble contrarié(e) durant les périodes de transition Oui Non

Problèmes sensoriels reliés au toucher, l'ouïe , l'odorat, la vue et le goût

Hyper/hypo sensibilité sensorielle Oui Non

Recherche de certains stimulus sensoriels . Oui Non

Comportements inhabituels

Intérêt excessif pour certains sujets/objets : Oui Non

Nom :

Prénom :

Dossier :

Trop concentré(e) sur les détails : Oui Non

Compulsions : Oui Non

Obsessions : Oui Non

Mouvements inhabituels des mains ou du corps : Oui Non

Tics moteurs ou vocaux ou cris : Oui Non

Difficultés de comportement et d'attention

Agressivité : Oui Non

Impulsivité : Oui Non

Provocation : Oui Non



CQ12329

ANAMNÈSE
TSA 13-17 ANS

Opposition/confrontation : Oui Non

Hyperactivité : Oui Non

Facilement distracté : Oui Non

Difficultés d'attention : Oui Non

Difficulté à s'organiser : Oui 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) : Oui Non

Habiletés adaptatives et responsabilités
Lorsque comparé aux individus du même âge

Problèmes d'hygiène personnelle : Oui Non

Ne nettoie pas ses dégâts : Oui Non

Trop dépendant(e) des autres : Oui Non

Manque de motivation : Oui Non

Nom :

Prénom :

Dossier :

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