

QUESTIONNAIRE 8 ANS

N'oubliez aucune question, elles sont toutes importantes pour l'étude. Répondez à chaque question, même si votre réponse est non. Si vous avez des doutes pour répondre à une question, écrivez votre réponse en clair, à côté.

N°inclusion _____

Nom de l'enfant _____ Prénom _____

Date de remplissage du questionnaire _____

Qui remplit ce questionnaire ?

La mère : oui non Le père : oui non
Autre personne : oui non précisez :



1. Où votre enfant vit-il la plupart du temps ?

- chez sa mère et son père
- chez sa mère
- chez son père
- garde alternée père et mère
- chez un autre membre de la famille précisez :
- en famille d'accueil
- dans une institution, si oui précisez (IME, foyer, etc.) :
- autre, précisez :

2. Combien votre enfant a-t-il de frère(s) et sœur(s) vivant avec lui au foyer ?



LA SANTE DE VOTRE ENFANT

3. Dans l'ensemble, considérez-vous la santé de votre enfant comme étant :

- plutôt excellente
- plutôt bonne
- plutôt moyenne
- plutôt mauvaise

4. Dans l'ensemble, considérez-vous le développement de votre enfant comme étant :

- normal
- en avance
- un peu en retard
- très en retard

5. En vous aidant des informations contenues dans le carnet de santé, merci de nous indiquer les dernières mesures de votre enfant ?

Date de la consultation, en précisant le jour, le mois, l'année :

Poids (en kg) :

Taille (en cm) :

6. Etes-vous inquiet(ète) sur certains aspects de la croissance ou du développement de votre enfant comme :

- | | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| son poids | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| sa taille | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| son langage | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| son comportement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| autre | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | si oui précisez : |

ACTUELLEMENT

7. Votre enfant porte-t-il des lunettes ? oui non

si oui précisez : strabisme myopie autre.....

Est-il suivi(e) par un ophtalmologue ? oui non

A-t-il eu une rééducation orthoptique (rééducation des yeux) ? oui non

8. Votre enfant entend-il bien ? oui non

si non, quel(s) problème(s) a-t-il ? :

Est-il suivi(e) par un ORL ? oui non

Porte-t-il un appareil pour mieux entendre ou porte t-il un implant auditif ? oui non

9. Votre enfant a-t-il des problèmes de langage ou de prononciation ? oui non

si oui, lesquels :

Est-il suivi(e) par un orthophoniste ? oui non

10. Votre enfant a-t-il des difficultés pour marcher ou courir ? oui non

si oui, lesquels :

11. Votre enfant a-t-il des problèmes de coordination, une maladresse manuelle, etc. ?

oui non

si oui, lequel ?

12. Votre enfant a-t-il de l'asthme ? oui non

si oui, prend-il/elle un traitement régulier contre l'asthme ? oui non

si oui, lequel ?

13. Votre enfant a-t-il eu d'autres maladies ou problèmes de santé ? oui non

si oui, lesquels ?

14. Votre enfant a-t-il un traitement médicamenteux ? oui non

si oui, lequel ?

15. Votre enfant a-t-il été hospitalisé(e) au moins une journée dans les 12 derniers mois ?

oui non *si oui*, combien de fois ? fois

- 1^{ère} hospitalisation

pendant combien de jours ? jours

pour quelle(s) raison(s) ?

- 2^{ème} hospitalisation

pendant combien de jours ? jours

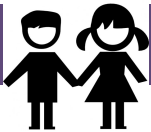
pour quelle(s) raison(s) ?

16. Avez-vous eu des difficultés pour la prise en charge des problèmes de votre enfant ?

oui non

si oui, lesquelles ?

- méconnaissance des problèmes par les médecins : oui non
- méconnaissance des problèmes par les enseignants : oui non
- manque de services ou d'établissements répondant aux besoins de votre enfant : oui non
- délai d'obtention des rendez-vous : oui non
- difficultés pour vous rendre aux rendez-vous : oui non
- problèmes financiers : oui non
- avis contradictoires : oui non
- incompréhension de votre entourage (famille, amis, employeur...) : oui non
- autre : *précisez*.....



LE COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT

17. Cochez pour chaque énoncé la réponse qui correspond le mieux à votre enfant.

- | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Est attentif aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Est agité, hyperactif, ne tient pas en place | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Se plaint de maux de tête ou de ventre ou de nausées | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.) | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Fait des crises de colères ou s'emporte facilement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Est plutôt solitaire, a tendance à jouer seul | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Est en général obéissant, fait ce que les adultes demandent | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| S'inquiète souvent, paraît soucieux | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| A au moins un(e) ami(e) | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Se bagarre avec les autres enfants ou les tyrannise | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Est souvent malheureux, abattu ou pleure | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Est aimé des autres enfants | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Est facilement distrait, a du mal à se concentrer | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Est anxieux ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Est gentil avec les enfants plus jeunes | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Ment ou triche | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Est harcelé ou tyrannisé par d'autres enfants | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Aide facilement les autres (parents, professeurs, autres enfants) | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Réfléchit avant d'agir | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Vole à la maison, à l'école ou ailleurs | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| S'entend mieux avec les adultes qu'avec d'autres enfants | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| A de nombreuses peurs, est facilement effrayé | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |

A

B

C

LA SCOLARITE DE VOTRE ENFANT

23. Où votre enfant est-il scolarisé ?

- en école ordinaire
- en école ordinaire dans une classe spécialisée
- en institution spécialisée
- en hôpital de jour
- dans un autre lieu, *précisez* :

24. Dans quelle classe est-il ?

- CP CE1 CE2 CM1 ULIS (Unité Locale d'Intégration Scolaire)

Si ULIS, précisez le nom ou le lieu :

Votre enfant a-t-il redoublé une classe ? oui non

si oui, laquelle :

26. Votre enfant reçoit-il une aide spéciale à l'école pour des difficultés scolaires ou des problèmes de santé ? oui non

si oui, votre enfant est-il aidé par :

- un(e) auxiliaire de vie scolaire ou AESH
 le RASED (Réseau d'Aide Spécialisée pour les Enfants en Difficulté)
 un psychologue scolaire
 un instituteur spécialisé
 le SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile)
 un instituteur spécialisé ou un éducateur spécialisé pour troubles de la vision ou de l'audition
 du matériel spécial : **précisez**.....
 une autre aide à l'école : **précisez**.....

27. Avez-vous déposé un dossier pour votre enfant auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ? oui non

si oui,

- | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| pour une allocation : | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> en cours | <input type="checkbox"/> obtenu | <input type="checkbox"/> refusé |
| pour un soutien scolaire : | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> en cours | <input type="checkbox"/> obtenu | <input type="checkbox"/> refusé |
| pour une institution ou un établissement spécialisé : | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> en cours | <input type="checkbox"/> obtenu | <input type="checkbox"/> refusé |



LES ACTIVITES DE VOTRE ENFANT

28. Votre enfant participe-t-il en dehors des heures de classe à des clubs, équipes ou à des cours (par exemple : association sportive, cours de dessin, danse, musique, etc.)?

- oui non

si oui, lesquels ?

.....

Appréciation globale de la qualité de vie

- pas de répercussion de la santé sur la vie familiale
 contraintes modérées ayant peu d'impact sur la vie familiale
 inquiétudes et contraintes importantes avec impact notable sur la famille
 impact très lourd ayant totalement bouleversé la famille
-



Toute l'équipe du Réseau RAFAEL,
vous remercie de la confiance que vous lui avez apporté et reste à votre disposition et écoute.
03 83 34 29 43 - rafael@chru-nancy.fr