



*Ce document que vous vous apprêtez à remplir va nous permettre de mieux cerner votre enfant sur ces capacités, ses attentes et ses besoins.
Il sera éventuellement complété par un entretien individuel ultérieur.
Merci.*

Dossier établi le / / , par Qualité :

A. Renseignements administratifs

Etat civil

Nom : Prénom :
Sexe : Nationalité :
Date de naissance : Lieu Département :
Taille : Poids :

Renseignements familiaux

Père

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu
Adresse :
..... Tél. :
marié – concubinage – séparé – divorcé – veuf – célibataire

Profession :
Adresse de l'employeur
..... Tél.

Mère

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu
Adresse :
..... Tél. :
mariée – concubinage – séparée – divorcée – veuve – célibataire

Profession :
Adresse de l'employeur :
..... Tél.

Tuteur – tutrice (lien de parenté)

Nom : Prénom : Date de naissance : Lieu : Adresse : Tél. :
marié – concubinage – séparé – divorcé – veuf – célibataire

Profession :
Adresse de l'employeur : Tél. :

Fratrie (si nom différent, le préciser)

Prénom : date de naissance Sexe : F – M
Prénom : date de naissance Sexe : F - M
Prénom : date de naissance Sexe : F - M
Prénom : date de naissance Sexe : F - M
Prénom : date de naissance Sexe : F - M
Prénom : date de naissance Sexe : F - M
Prénom : date de naissance Sexe : F - M

Autres personnes vivant au foyer des parents ou tuteurs :

.....
.....

Mesure de protection : néant – curatelle – tutelle

décision du tribunal de (ville) ; département.....

du (date) :/...../.....

Nom, prénom du tuteur :

Qualité (père, mère, frère ou sœur, autre) :

Adresse : Tél. :

MDPH (maison départementale pour les personnes handicapées)

Type de décision notifiée :
Date de la notification : / / valable jusqu'au : / /
Adresse de la MDPH / Tél. : / / / /

A.A.H. (Allocation pour Adultes Handicapés) / **A.E.S.** (Allocation d'Education Spéciale)

Date d'attribution : du / / au / /

Carte d'invalidité

Taux attribué : % Dates : du / / au / /

Sécurité Sociale

Assurée Ayant droit (nom, prénom et qualité de l'assuré)

.....
N° de S.S. :

Adresse du centre :

Code postal : Ville : Dépt :

C.A.F. (Caisse d'Allocations Familiales)

N° CAF : (autre format) :

Adresse :

Code postal : Ville : Dépt. :

MUTUELLE

Nom : N° adhérent :

Adresse :

Code postal : Ville : Dépt

Tél. : / / / /

Caisse de Retraite (des parents ou tuteurs)

Nom : N° affiliation :

Adresse :

Code postal : Ville : Dépt.....

Tél. : / / / /

B. Historique de votre enfant

⇒ **La**

grossesse :
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.

⇒ La naissance :

.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....

⇒ Le développement :
→ l'apparition des troubles
→ l'évolution
→ l'état actuel

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

⇒ Les premières consultations spécialisées, dates, lieux, médecins ou services :

.....
.....
.....
.....
.....

⇒ Le diagnostic, médecins ou services, dates, lieux (comptes-rendu à joindre)

.....
.....
.....
.....

Les prises en charge antérieures : rappelez les différents lieux de prises en charge fréquentés par la personne depuis sa naissance.

Type d'établissement :
Son nom :
Son adresse :
Code postal : Ville Dépt. :
Tél : DATES : du .../.../.... au .../.../....

De quel type de prise en charge la personne à bénéficié (joindre les comptes-
rendu)

Type d'établissement :
Son nom :
Son adresse :
Code postal : Ville : Dépt.....
Tél : DATES : du .../.../.... au .../.../....

De quel type de prise en charge la personne à bénéficié (joindre les comptes-
rendu)

Type d'établissement :
Son nom :
Son adresse :
Code postal : Ville : Dépt.....
Tél : DATES : du .../.../.... au .../.../....

De quel type de prise en charge la personne à bénéficié (joindre les comptes-
rendu)

Mode d'emploi pour la suite :
il suffit de noircir la boule située à droite des items,
d'entourer le « oui » ou le « non »,
de décrire le comportement lorsque vous y êtes invité.

C . SOCIALISATION

I -LANGAGE :

1°. Langage Verbal :

1. Mutisme ()
2. Emission de sons non significatifs (cris, etc.) ()
3. Emploi de phrases primitives (mot phrase) ou nomme les objets de façon compréhensible ()
4. Emploi de phrases simples ()
5. Emploi de phrases structurées (subordonnées, relatives) ()

Remarque éventuelle :

2°. Langage Gestuel :

1. Ne s'exprime pas ()
2. S'exprime par gestes et/ou mimiques de façon incompréhensible ()
3. S'exprime par gestes et/ou mimiques de façon compréhensible ()

Remarque éventuelle :

3°. Langage Social :

1. Emission de sons et/ou phrases stéréotypées sans visée communicative - écholalie ()
2. S'exprime uniquement si on l'interpelle ()
3. Parle seul, mais mutisme si on l'interpelle ()
4. Capable de tenir une conversation courante, de discuter avec un interlocuteur de sa propre initiative ()

Remarque éventuelle :

II – COMPREHENSION

1. Absence de réactions aux sollicitations extérieures ()
2. Réagit simplement aux bruits ()
3. Réagit tout au plus à l'appel de son nom ()
4. Comprend les ordres simples avec accompagnement gestuel ()
5. Comprend les ordres simples se référant au quotidien ()
6. Comprend les ordres complexes et/ou successifs ()

Remarque éventuelle :

III - CONTACT SOCIAL - RELATION :

1. Recherche activement l'isolement ()
2. Reste passif et ne réagit pas aux sollicitations d'autrui ()
3. Subit tout en acceptant la relation avec ses pairs et/ou l'éducateur ()
4. Recherche le contact avec ses pairs et/ou l'éducateur ()
5. peut partager sa chambre avec 1 autre résident ()

Remarque éventuelle :

IV - CONTACT GENERALITE :

- Décrivez son attitude face aux personnels éducatifs :

- Décrivez son attitude face aux personnes familières :

- Décrivez son attitude face aux personnes étrangères (visiteur, nouvel éducateur, etc.) :

- A-t-il des peurs particulières ou des angoisses particulières, si oui décrivez-les :

- Fait-il preuve d'agressivité :

* Envers les éducateurs Oui / Non

- Tous en général ()
- Animosité particulière ()
- Fréquemment ()
- Occasionnellement ()
- Rarement ()
- De façon réactionnelle ()
- De façon non réactionnelle ()

* Envers ses condisciples Oui / Non

- Tous en général ()
- Animosité particulière ()
- Fréquemment ()
- Occasionnellement ()
- Rarement ()
- De façon réactionnelle ()
- De façon non réactionnelle ()

- * Envers lui-même Oui / Non
- Fréquemment ()
 - Occasionnellement ()
 - Rarement ()
 - De façon réactionnelle ()
 - De façon non réactionnelle ()

- Comment se manifeste cette agressivité, décrivez :

- * Cherche-t-il à fuguer Oui / Non
- Occasionnellement ()
 - Rarement ()
 - Souvent ()
 - Verbalement (éluder les sujets) ()

D . CONDUITES ALIMENTAIRES

ATTITUDE GENERALE :

1°. Approche Générale :

- 1. Indifférence ()
- 2. Refus : ()
 - occasionnel ()
 - Systématique ()
- 3. Curiosité ()
- 4. Avidité ()
- 5. Réclame de la nourriture selon ses besoins ()

Remarque éventuelle :

2°. Attitude à Table :

- Approche :

- Se dirige seul à table ()
- Se dirige à table sur invitation ()
- Doit être dirigé à table ()

- Maintien à table :

- Instable ()
- Plus ou moins stable moyennant correction ()
- Attitude adaptée ()

- Habitudes :
- Répulsions, préférences, rites ()
 - Prend dans les assiettes ou dans les plats ()

- Manière d'assimiler la nourriture :
- Mâche correctement ()
 - Avale presque sans mâcher ()
 - Mâche la bouche ouverte ()
 - Joue la nourriture ()
 - Fait des fausses voies ()

Remarque éventuelle :

- Habilité lors des repas :

a. Assiette - Nourriture - Solide :

1. Reçoit passivement une nourriture préalablement coupée ou mixée ()
2. Mange avec ses doigts ()
3. Mange salement à la cuillère une nourriture préalablement coupée ou mixée ()
4. Mange proprement à la cuillère une nourriture préalablement coupée ou mixée ()
5. Se sert de la fourchette mais pas du couteau ()
6. Mange proprement en utilisant tous les couverts ()

b. Gobelet - Élément liquide :

1. Besoin d'un récipient adapté, si oui lequel ()
2. Ne boit pas seul ()
3. Boit seul, mais maladroitement ()
4. Boit seul, sans renverser ()
5. Tient-il son gobelet des deux mains ? ()
d'une seule main ? ()

- Troubles Alimentaires :
- | | Oui / Non |
|---|-----------|
| Pica (tendance à manger des substances non comestibles) | () |
| Mérycisme (retour volontaire des aliments de l'estomac dans la bouche où ils peuvent être à nouveau mastiqués) | () |
| Boulimie (sensation de faim excessive et besoin d'absorber une grande quantité d'aliments) | () |
| Anorexie (perte ou diminution de l'appétit) | () |

Remarque éventuelle :

E . HYGIENE

I - PROPRETE :

A). Contrôle des Sphincters :

1. Enurésie et/ou encoprésie diurne(s) et nocturne(s) ()
2. Enurésie et/ou encoprésie nocturne(s) ()
3. Propre si conduit régulièrement aux toilettes ()
4. Fait connaître ses besoins mais doit être accompagné ()
5. Contrôle sphinctérien acquis mais accidents occasionnels ()
6. Contrôle sphinctérien acquis ()

Remarque éventuelle :

B). Attitude Générale :

- Signale-t-il ses besoins :

- Pas du tout ()
- Par le geste ()
- Par la parole ()
- Se rend au WC de sa propre initiative ()

- Signale-t-il lorsqu'il est souillé :

- Pas du tout ()
- Par le geste ()
- Par la parole ()
- Demande à être changé ()
- Demande à se changer ()

- Emploi du papier WC :

- Pas du tout ()
- Maladroitement ()
- Correctement ()

- Porte-t-il des couches :

- Le jour ()
- La nuit ()
- Jour et nuit ()
- Essaie-t-il de les enlever Oui / Non

- Manipule-t-il parfois ses défécations Oui / Non

Remarque éventuelle :

C). Pour les filles uniquement :

- | | |
|--|-----------|
| 1. Est-elle réglée ? | Oui / Non |
| 2. Signale-t-elle ses règles | Oui / Non |
| 3. Réclame-t-elle des protections | Oui / Non |
| 4. Est-elle capable de les utiliser seule ? | Oui / Non |
| 5. Signale-t-elle lorsqu'elle est souillée ? | Oui / Non |
| 6. Demande-t-elle à se changer ? | Oui / Non |
| 7. Demande-t-elle à être changée ? | Oui / Non |

Remarque éventuelle :

II - TOILETTE - BAIN :

- | | |
|---|-----------|
| 1. Ne coopère pas au bain - Doit être lavé complètement | () |
| 2. Coopère passivement en adoptant des attitudes facilitant le bain | () |
| 3. Coopère activement à sa toilette et se lave partiellement seul | () |
| 4. Se lave et s'essuie seul s'il est stimulé | () |
| 5. Se lave et s'essuie complètement seul | () |
| - Quelles sont ses réactions dans le bain ? | |
| • N'aime pas l'eau - demande à écourter le bain | () |
| • Apprécie l'eau et aime jouer dans le bain | () |
| • Indifférence | () |
| - Préfère-t-il la douche ? | Oui / Non |
| - Se brosse-t-il les dents ? | |
| • Refus ou impossibilité | () |
| • Dépendance totale | () |
| • Avec aide | () |
| • Sur demande | () |
| • De sa propre initiative | () |
| • Seul | () |
| - Se brosse-t-il les cheveux ? | |
| • Refus | () |
| • Dépendance totale | () |
| • Avec aide | () |
| • Sur demande | () |
| • De sa propre initiative | () |
| • Seul | () |
| - Comment assure-t-il les soins des oreilles et des ongles ? | |
| • Refus | () |
| • Dépendance totale | () |
| • Avec aide | () |
| • Sur demande | () |
| • De sa propre initiative | () |
| • Seul | () |

III - HABILLAGE :

1. Refuse les vêtements ou ne les garde pas ()
2. Doit être habillé complètement ()
3. Doit être habillé mais participe en adoptant des attitudes facilitant l'habillage ()
4. Peut enfiler correctement ses vêtements si on lui présente ()
5. S'habille partiellement seul, nécessite une aide pour les boutons, lacets, pressions, agrafes, etc. ()
6. S'habille complètement seul s'il est stimulé ()
7. S'habille complètement seul ()
 - Confond-t-il envers et endroit de ses vêtements Oui / Non
 - Reconnaît-il ses vêtements Oui / Non
 - Gère-t-il son trousseau Oui / Non
 - Est-il soigneux de sa tenue Oui / Non

Remarque éventuelle :

IV - DESHABILLAGE :

1. Doit être déshabillé complètement ()
2. Doit être déshabillé mais coopère ()
3. Se déshabille partiellement seul (nécessite une aide pour lacets, boutons, agrafes, pressions, etc.) ()
4. Se déshabille complètement seul s'il est stimulé ()
5. Se déshabille complètement seul ()

Remarque éventuelle :

V – SEXUALITE :

Votre enfant a-t-il une notion de l'intimité (exemple : est-ce qu'il se déshabille ou se masturbe en public ou en présence de quelqu'un) ? Oui / Non

A-t-il des comportements « sexuels » non socialement acceptables envers les autres (touche la poitrine, les fesses, le sexe, etc.) Oui / Non

A-t-il des intérêts sexuels (objet ou personne source d'excitation) ? Oui / Non
Si oui, lesquels ?

Remarque éventuelle :

H . ACTIVITES

- Est-il parfois somnolent ? OUI / NON
- Fait-il parfois la sieste ? OUI / NON
- Est-il sujet à des crises d'épilepsie ? OUI / NON
A quelle fréquence :
- Cela perturbe-t-il ses possibilités OUI / NON

1. Impossibilité de se livrer à une quelconque activité ()
2. Refus de toute activité ()
3. Désintérêt passif pour les activités proposées ()
4. Participe aux activités proposées mais doit être stimulé ()
5. Capable de s'attacher durablement à une tâche ()

Remarques éventuelles :

- Citez les activités proposées qu'il apprécie :

- Une présence, à ses côtés, est-elle nécessaire lors des activités ? OUI / NON

- Prend-il des initiatives ? OUI / NON

- A-t-il un **jouet**, un **objet** qu'il aime particulièrement ? OUI / NON
Le/laquelle ?

Réponse très importante car avec cet élément nous pourrons élaborer un programme éducatif

- Y a-t-il des objets, machines... qui le mobilisent particulièrement OUI / NON
Le/lesquelles ?

- A-t-il participé à des activités en piscine ? OUI / NON
si oui, l'a-t-il apprécié

- Sort-il en ville ? OUI / NON
Quel est son comportement, dans la rue, les magasins, les bars/restaurants éventuellement ; décrivez

- Comment est-il vis-à-vis des animaux de compagnie, chien, chat, et autres poissons rouges, hamster etc. ; décrivez

- A-t-il déjà eu des contacts avec les chevaux ? poneys OUI / NON
si oui, comment cela s'est-il passé, se passe-t-il ? décrivez

- Avec d'autres animaux, de ferme, basse-cour, veaux, vaches, ânes, porcs, lapins, poules etc. OUI / NON
décrivez.....

- Préfère-t-il les jeux d'intérieur ou d'extérieur ?

- Participe-t-il aux activités ménagères ?

- Pas du tout ()
- Sur demande ()
- De sa propre initiative ()

a . Lesquelles ?

b. S'en sort-il bien ?

c. Le fait-il avec plaisir ?

G. MOTRICITE

I - MARCHE - DEPLACEMENT :

1. Marche mais ne peut monter et descendre les escaliers ()
2. Se déplace seul sur tout les terrains mais de façon difficile ()
 - de l'équilibre ()
 - de la démarche ()
 - Sautillements ()
 - Démarche irrégulière - désordonnée ()
 - Traîne les pieds ou une jambe ()
 - Marche sur la pointe des pieds ()
 - Autre ()
3. Marche seul sur tout les terrains ()

Remarque éventuelle :

II – MAINTIEN GENERAL :

1. Attitude relâchée ()
 2. Attitude crispée, tendue ()
 3. Maintien général correct ()
 4. Stéréotypies (balancements, se bouche les oreilles, etc.) OUI / NON
- Si oui, décrivez les stéréotypies :

5. Mimiques et/ou attitudes bizarres et/ou anormales OUI /NON
(bouche ouverte, ventre en avant, bave énormément, etc.)
- Si oui, décrivez les mimiques et/ou les attitudes bizarres :

Remarque éventuelle :

III – MOTRICITE FINE :

1. Absence totale de préhension ()
2. Présence d'un mode de préhension, précisez lequel : ()
3. Préhension correcte des objets ()
4. Quand il s'empare d'un objet, comment le manipule-t-il ?
décrivez :

H . SOMMEIL

1. Sommeil agité OUI / NON
 ■ Cauchemars ()
 ■ Pleurs ()
 ■ Déplacements ()
 ■ Dérange ses voisins ()
 ■ Autre :
2. Sommeil normal, calme, mais difficultés :
 ■ A l'endormissement :
 • Besoin d'une présence ()
 • Difficulté à se calmer ()
 • Rites ()
 • Autres :
 ■ Au réveil :
 • Agité ()
 • Refus de se lever ()
 • Autre :
3. Sommeil calme, normal ()
4. Remarques éventuelles :

- A quelle heure s'endort-il ?
- S'endort-il vite ?
- A quelle heure se réveille-t-il ?
- S'il se réveille la nuit, éprouve-t-il des difficultés à se rendormir ?

TROUBLES DU SOMMEIL :

- Hyposomnie (insuffisance de sommeil) ()

- Hypersomnie (exagération de l'aptitude au sommeil) ()

Remarque éventuelle :

I . CONTACTS FAMILIAUX

■ Retourne-t-il en week-end ? OUI / NON
A quelle fréquence :

■ Quel est son comportement ?

• Avant le départ :

• Au retour :

■ Reçoit-il des visites ? OUI / NON
Précisez :

■ Reçoit-il des coups de téléphone ? OUI / NON
Précisez :

■ Reçoit-il du courrier ? OUI / NON
Précisez :

■ Autres contacts :

• Aide sociale ()

• Tuteur ()

• Autre : ()

Remarques éventuelles :

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce document ; il nous sera précieux pour optimiser la prise en charge de votre enfant.

N'hésitez pas aussi à nous faire part ci-dessous des améliorations que vous jugeriez utiles d'y apporter ; vous contribuerez ainsi à un meilleur accueil de nos résidents et de leurs parents.



Questionnaire médical

A faire remplir par votre médecin, peut être transmis directement au
Professeur de Toffol
Hôpital Bretonneau / CHRU de Tours
37044 TOURS CEDEX 1
detoffol@med.univ-tours.fr

Nom et âge du résident :

Diagnostic :

Établi le :

Par :

Historique du traitement dans les 3 dernières années

Nom et coordonnées du médecin traitant

Traitement en cours, joindre une copie de la dernière ordonnance

Fragilités, interventions chirurgicales.

Allergies

En cas d'épilepsie, description et fréquence des crises, traitement d'urgence

Le cas échéant : Rapports médicaux