

Nous avons tous notre propre façon de communiquer. En vous faisant remplir ce questionnaire, nous espérons rendre votre visite aux urgences plus agréable. **Veuillez cocher toutes les réponses applicables. Ce questionnaire doit être rempli par un parent ou tuteur de l’enfant.**

***Questionnaire Voici mon enfant***

*\* Le présent formulaire s’inspire de celui de l’Hospital for Sick Children de Toronto*

Nom par lequel l’enfant préfère être appelé ou auquel il répond :

|  |  |
| --- | --- |
| FAÇONS DONT MON ENFANT **COMMUNIQUE :** | |
| □ | Verbalement |
| □ | Appareil électronique (iPad) |
| □ | Images |
| □ | Écriture |
| □ | Taper au clavier |
| □ | Langue des signes |
| □ | Faire des gestes ou pointer du doigt |
| □ | Communique seulement directement avec le parent |
| □ | Expressions faciales |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OBJETS ET STRATÉGIES **APAISANTS** : | | Les avez-vous apportés? |
| □ | Casque/Écouter de la musique/  Bouchons d’oreille | □ O ou □ N |
| □ | Veste lestée | □ O ou □ N |
| □ | Couvertures | □ O ou □ N |
| □ | Lunettes de soleil | □ O ou □ N |
| □ | Balles antistress | □ O ou □ N |
| □ | Son objet préféré (par exemple un jouet) | □ O ou □ N |
| □ | Son frère ou sa sœur | □ O ou □ N |
| □ | Une personne de soutien → | □ O ou □ N |

Qui est-ce?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | S’isoler dans une pièce | S.O. |
| □ | Être tenu(e) par un parent | S.O. |
| □ | Autre(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Décrivez :

|  |  |
| --- | --- |
| LES POTENTIELS **DÉCLENCHEURS DE COMPORTEMENTS EXTRÊMES** | |
| □ | Lumières vives, lumières qui clignotent |
| □ | Bruits soudains ou forts |
| □ | Les foules ou plusieurs personnes dans une pièce |
| □ | Le contact physique |
| □ | Les odeurs (précisez) : |
| □ | Les tissus ou textures (précisez) : |
| □ | La stimulation visuelle (précisez) : |
| □ | Les transitions |
| □ | Ne s’applique pas |

|  |  |
| --- | --- |
| COMMENT MON ENFANT **EXPRIME SA DOULEUR** : | |
| □ | Pleurs |
| □ | Cris |
| □ | Touche ou pointe la partie du corps douloureuse |
| □ | Décrit verbalement la douleur |
| □ | Se blesse lui-même |
| □ | Agressivité envers les autres |
| □ | Semble calme |
| □ | Activité physique (par exemple, marcher ou courir) |

|  |  |
| --- | --- |
| QU’EST-CE QUI PEUT AIDER AVEC LES **PROCÉDURES ET EXAMENS MÉDICAUX**? | |
| □ | Décrire la procédure à l’enfant avant de la réaliser |
| □ | Montrer l’équipement à l’enfant avant de l’utiliser |
| □ | Faire une liste des étapes |
| □ | S’entraîner à effectuer les étapes |
| □ | Des séquences d’images |
| □ | Ne pas prévenir l’enfant. Faire la procédure sans l’annoncer. |
| □ | Les distractions |
| □ | Peut avoir besoin de sédation |
| □ | Crème anesthésiante |
| □ | Je ne sais pas |

|  |
| --- |
| EST-CE QUE VOTRE ENFANT A DES **DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT**  **OU DE COMPORTEMENT?** □ O ou □ N |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | Ne s’applique pas | S.O. |

|  |
| --- |
| EST-CE QUE VOTRE ENFANT A DES **DIAGNOSTICS SPÉCIFIQUES DE DÉVELOPPEMENT OU**  **DE COMPORTEMENT?** □ O ou □ N |
| Si OUI, sélectionnez les réponses correspondantes dans la liste : |
| * Trouble du spectre autistique □ Paralysie cérébrale * Trisomie 21 □ Ensemble des troubles causés par l’alcoolisation fœtale * Trouble de la communication □ Déficience intellectuelle * Trouble moteur □ Trouble d’hyperactivité avec déficit de l’attention * Autre(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QU’EST-CE QUI AIDE AVEC **L’ATTENTE**? | | Les avez-vous apportés? |
| □ | Minuteur ou horloge | □ O ou □ N |
| □ | Programme ou liste | □ O ou □ N |
| □ | Ses objets préférés | □ O ou □ N |
| □ | Les distractions | □ O ou □ N |
| □ | Autre(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ O ou □ N |

|  |
| --- |
| EST-CE QUE VOTRE ENFANT A DES **DIFFICULTÉS SUPPLÉMENTAIRES DE DÉVELOPPEMENT OU**  **DE COMPORTEMENT?** □ O ou □ N |
| Si OUI, sélectionnez les réponses correspondantes dans la liste : |
| * Facilement anxieux □ Timidité □ Facilement surstimulé * Difficultés de comportement □ Très actif |

|  |
| --- |
| Souhaitez-vous consulter quelqu’un qui vous aidera à accéder à des **services de soutien**? □ O ou □ N |

|  |  |
| --- | --- |
| COMMENT MON ENFANT **COMPREND LES AUTRES** : | |
| □ | Verbalement |
| □ | Par écrit (à la main ou tapé) |
| □ | Langue des signes |
| □ | Images |
| □ | Listes |
| □ | Communique seulement directement avec le parent |
| □ | Trop jeune |

Commentaires supplémentaires