

Anamnèse

Consultation à la demande de :
Motif de la consultation :
J'autorise l'orthophoniste à partager des informations avec l'équipe pédagogique : **oui / non**
J'autorise l'orthophoniste à partager des informations avec d'autres soignants : **oui / non**
Suivis actuels ou antérieurs : **Orthophonie** : **oui / non** (année/classe).....
Psychomotricité : **oui / non** (année/classe).....
Autre(s) (RASED, Psychologue...) :

SANTÉ

Grossesse et naissance : **Grossesse** : normale / pathologique / alitée (préciser :)
Naissance à terme : oui / non (préciser :)
Poids de naissance : **Périmètre crânien** :

Interventions : **Végétations** : oui / non **Autres** :
Amygdales : oui / non
Hospitalisations : oui / non

Maladies : **Angines** : oui / non **Rhino-pharyngites** : oui / non
Otitites : oui / non **Asthme** : oui / non
Bronchites : oui / non **Problèmes pulmonaires** : oui / non
Allergies : oui / non (préciser :)
Autres :
.....

Bilans complémentaires : **Acuité visuelle** : oui / non (date :)
Acuité auditive : oui / non (date :)
Autres bilans complémentaires :

DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

La posture assise : (date/âge)
Marche à 4 pattes : (date/âge)
Marche : (date/âge)
Propreté de jour : (date/âge) **de nuit** : (date/âge)

DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE

1ers Mots : (date/âge) **Premières Phrases** : (date/âge)
Difficultés à signaler :
.....
.....

AUTONOMIE

S'habille seul (e) : oui / non **Se lave seul(e)** : oui / non
Suce son pouce / sucette : oui / non **Jouet ou peluche préféré, nécessaire pour dormir** : oui / non
Propre le jour : oui / non **Propre la nuit** : oui / non

CARACTÈRE / COMPORTEMENT

Volontaire : oui / non **Confiance en lui (elle)** : oui / non **Câlin/affectueux(se)** : oui / non
Se décourage vite : oui / non **Rapide** : oui / non **Émotif(ve)** : oui / non
Anxieux(se) : oui / non **Lent(e)** : oui / non **Sensible** : oui / non
Nerveux(se) : oui / non **Ronge ses ongles** : oui / non **Jaloux(se)** : oui / non
Agité(e) : oui / non **Tics** : oui / non **Raconte facilement** : oui / non
Calme : oui / non **Sociable** : oui / non **Autres** :
Timide : oui / non **Serviable** : oui / non

SITUATION FAMILIALE

Situation familiale particulière (séparation, divorce...) :
Frères : oui/non (prénoms / âge)..... **Sœurs (âge)** : (prénoms / âge).....
Chambre personnelle / partagée : **Repas en commun** : Soir / Week-end
Activités extra-scolaires : oui / non (jour/heure).....
Activités préférées :