

Indications pour remplir ce formulaire :

Remplir ou cocher le cas échéant Les réponses à toutes les questions ou à certaines d'entre elles sont facultatives !

FORMULAIRE D'ANAMNÈSE

Nom de famille de l'enfant	Prénom	Né(e) le	Nationalité	Nombre de frères et sœurs
Langue maternelle (mère/ père)	Langue maternelle (père/ mère)	Nombre d'adultes vivant dans le foyer	Séjours en crèche/ garderie/école maternelle <input type="text"/> années	
Nom et adresse de la/des personne(s) investie(s) du droit de garde Nom(s).....Prénom(s).....Code postal, lieu..... Rue.....N° de tél.....				
Déroulement de la grossesse et de l'accouchement				
Poids à la naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr Semaines de grossesse accomplies : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SG <input type="checkbox"/> Naissance multiple				
Développement				
Des retards dans le développement de votre enfant ont-ils déjà été constatés ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Troubles du langage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Marche autonome jusqu'à 18 mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Premiers mots (tels que maman, papa) jusqu'à 18 mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		L'enfant est élevé dans plusieurs Langues <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Contact avec la langue allemande <input type="checkbox"/> depuis la naissance <input type="checkbox"/> pas depuis la naissance Si contact avec la langue allemande pas depuis la naissance, à partir de quel âge ? <input type="text"/> ans <input type="text"/> <input type="text"/> mois				
Votre enfant est-il <input type="checkbox"/> droitier <input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> encore indécis				
Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert de l'une des maladies ou de l'un des problèmes de santé suivants ?				
Troubles de la vision <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Traitement du strabisme <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Porteur de lunettes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Troubles auditifs sévères <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :				
<input type="checkbox"/> Troubles auditifs sévères innés <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite				
<input type="checkbox"/> Troubles auditifs acquis durables <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite				
<input type="checkbox"/> Appareil auditif depuis gauchemois/année droitemois/année				
<input type="checkbox"/> Implant de la cochlée depuis gauchemois/année droitemois/année				
Troubles du métabolisme/hormonaux innés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (lesquels ?) :				
<input type="checkbox"/> Déficit en MCAD <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Phénylcétonurie <input type="checkbox"/> HCS <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Diabète (type 1) <input type="checkbox"/> Diabète (type 2)				
Autres maladies chroniques : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (lesquels ?) :				
Handicap sévère : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (lesquels ?) :				
Médicaments à prendre régulièrement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (lesquels ?) :				
Avez-vous connaissance de maladies chez votre enfant qui nécessitent certaines démarches en cas d'urgence (p. ex. allergies, épilepsie, entre autres) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, lesquelles ?				
Votre enfant a-t-il déjà bénéficié de mesures de soutien ou de traitements ?				
Participation au cours d'initiation à l'allemand <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Orthophonie (logopédie) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> terminé <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> prévu				
Intégration précoce/ pédagogie curative/ergothérapie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> terminé <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> prévu				
Physiothérapie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> terminé <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> prévu				
Pédiatre/Médecin de famille :				

.....
Lieu, date

Stand: Juli 2021 / Französisch

.....
Signature de la/des personne(s) investie(s) de la garde de l'enfant