



Centre Hospitalier Universitaire Dijon

Pôle Pédiatrie

Centre Défi-Bourgogne

Centre Défi-Bourgogne
Hôpital d'Enfants
14 Rue Paul Gaffarel
BP 77908
21079 DIJON Cedex
defi-bourgogne@chu-dijon.fr

Tel : 03.80.29.53.13
Fax : 03.80.29.32.66

Neuropédiatre/Pédiatre

Docteur Alice MASUREL
alice.masurel@chu-dijon.fr
Docteur Audrey COTINAUD-RICOU
audrey.cotinaudricou@chu-dijon.fr

Pédopsychiatre

Docteur Jean-Michel PINOIT
jean-michel.pinoit@chu-dijon.fr

Médecins Généticiens

Professeur Christel THAUVIN
christel.thauvin@chu-dijon.fr

Professeur Laurence OLIVIER-
FAIVRE
laurence.faiivre@chu-dijon.fr

Neuropsychologue

Stéphanie VANWALLEGHEM-
MAURY

Ergothérapeute

Lou AUGUSTYNIAC

Assistante Sociale

Audrey BIZOUARD
audrey.bizouard@chu-dijon.fr

QUESTIONNAIRE PARENTS

Pour faciliter l'évaluation au centre Défi-Bourgogne, merci de remplir ce questionnaire et de le remettre le jour de la première consultation au médecin du centre.

Merci de vous munir du carnet de santé dès la première consultation avec le médecin du centre.

NOM DU PATIENT :

PRENOM :

Date et lieu de naissance :

Age :

Sexe :

Scolarité actuelle :

Coordonnées de l'établissement scolaire :

Coordonnées de l'enseignant référent :

Autorisez-vous l'assistante sociale à se mettre en relation avec l'enseignant de votre enfant avant votre arrivée ? oui non

ou

Activité professionnelle :

Coordonnées de l'employeur :

• Adresse du lieu de vie principal

.....

• Questionnaire rempli par :

• Lien avec le patient :

• Médecin traitant :

• Coordonnées :

.....

• Date :

I. COMPOSITION DE LA FAMILLE

- **Père**

NOM : Prénom :

Date de naissance : Profession :

- **Mère**

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Date de naissance : Profession :

- **Détenteur(s) de l'autorité parentale :**
- **Mesure de protection pour les adultes** (curatelle, tutelle, etc.) : oui non
- **Si oui, type de mesure :**
- **Coordonnées du mandataire :**

- **Fratric**

	Prénom	Age	Sexe	Classe	Difficultés éventuelles
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

- **Autres personnes vivant au foyer :**
- **Événements de vie relatifs à l'histoire familiale qui vous semblent importants**

.....

II. HISTOIRE MEDICALE ET DEVELOPPEMENTALE

- **Événements particuliers pendant la grossesse et l'accouchement**

.....

- **Poids de naissance :**

- **Antécédents médico-chirurgicaux** (allergies, maladies chroniques dont neurologiques, traumatismes crâniens, interventions chirurgicales, rééducation....)

.....

- **Traitements : médicamenteux** (merci de venir avec les ordonnances), **appareillages**

.....

- **Audition et correction** :

- **Vision et correction** :

- **Langage**

- Age des premiers mots :

- Age des premières phrases :

- Difficultés de prononciation : oui non

Si oui, merci de décrire ces difficultés

- Autres particularités concernant le langage :

- **Motricité**

- Age de la marche :

- Fait du vélo : oui non Avec stabilisateur : oui non

- **Propreté**

- Age d'acquisition de la propreté diurne (journée) : non acquise

- Age d'acquisition de la propreté nocturne (nuit) : non acquise

- Autres particularités concernant l'acquisition de la propreté

- **Alimentation** : diversification, sélectivité, refus, vomissements, autres difficultés...

.....

.....

- **Sommeil** : endormissement, cauchemars, réveils et terreurs nocturnes, siestes...

.....

.....

- **Comportement**

Ex : agitation, colère, agressivité, lenteur, tristesse, repli sur soi, peurs et inquiétudes, etc...

.....

.....

- **Relations avec les autres (parents, fratrie, amis...)**

.....

.....

III. SCOLARITE

- **Age de l'entrée à l'école :**

- **Difficultés scolaires ?** oui non

Si oui, à quel âge ont commencés les difficultés scolaires ?

Description des difficultés scolaires

.....
.....

- **Classe(s) redoublée(s) :**

- **Refus d'aller à l'école ?** oui non

Si oui, merci de décrire les circonstances de ce refus

.....
.....

- **Ces difficultés ont-elles déjà conduit à des examens médicaux, psychologiques neuropsychologiques ou paramédicaux (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie) ?** oui non

Si oui, quand et où ?

.....
.....

- **Merci d'indiquer des éléments relatifs à l'histoire scolaire et qui vous semblent importants**

.....
.....

- **Comment se déroule les devoirs à la maison ?**

.....
.....

IV. ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- **Difficultés professionnelles ?** oui non

Si oui, merci de décrire ces difficultés :

.....
.....

V. LOISIRS

- **Activités de loisir :**

- **Centres d'intérêt :**

VI. PRISE EN CHARGE

	Oui	Non	Quand ?	Où ?(libéral ou structure type CAMSP, CMP,...)	Nom du professionnel	Coordonnées
Orthophonie						
Suivi psychologique						
Psychomotricité						
Ergothérapie						
Kinésithérapie						
Orthoptie						

- **Merci d'apporter le dernier compte-rendu des professionnels**

- **Avez-vous déjà constitué un dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapés) ?**
 oui non

Si oui, merci de nous indiquer votre numéro :

- **Merci de nous indiquer votre numéro d'allocataire CAF :**

VII. AUTRES INFORMATIONS que vous aimeriez nous communiquer

.....

Si votre enfant est en maternelle ou en primaire, il serait utile de nous apporter un ou deux cahiers d'école.

S'il est au collège ou au lycée, il serait utile d'apporter ses deux derniers bulletins scolaires.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire et nous nous tenons à votre disposition pour toutes informations complémentaires (secrétariat : 03.80.29.53.13).

L'Equipe Défi-Bourgogne