

FICHE HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

Ce document comporte trois parties (1 : Parents ; 2 : Enseignant ; 3 : Professionnel de santé). Afin de préparer le RDV, **compléter directement votre partie sans l'imprimer (PDF modifiable).**

Dans l'attente d'une démarche diagnostique complète, il permettra d'identifier la pertinence et le type d'examen à réaliser et, d'adapter au mieux la pédagogie scolaire et proposer des orientations éducatives.

PARTIE 1. A COMPLETER PAR LES PARENTS

Nom / Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Téléphone de contact :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX GENERAUX

Qualifiez-vous la grossesse de "normale"? : OUI NON

L'accouchement a-t-il été :

A terme Après terme Prématuré

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ou opéré ? OUI NON

Si oui, à quelle date et pour quelles raisons :

Votre enfant suit-il actuellement un traitement médicamenteux ? : OUI NON

Si oui, lequel et pour quel motif ?

Votre enfant est-il suivi par un pédiatre ? OUI NON

La vue a-t-elle été contrôlée (ophtalmologiste) : OUI NON

Votre enfant a-t-il des lunettes ? OUI NON

L'audition a-t-elle été contrôlée par un audiogramme ? OUI NON

Heure du coucher :

Heure du réveil :

Qualité globale du sommeil ? Bonne Médiocre

Age des premiers pas :

Age des premiers mots :

Des premières phrases :

Document téléchargeable sur le site : www.patrice-gueit.fr

Fiche rédigée par Maryline Perruchot (Enseignante) / Patrice Gueit (Psychologue)

Si votre enfant a été en crèche, vous a-t-on signalé des difficultés ? OUI NON

Si oui, portaient-elles sur :

Attention Agitation Langage Motricité Communication / liens sociaux

En maternelle, vous a-t-on signalé des difficultés ? OUI NON

Si oui, portaient-elles sur :

Attention Agitation Langage Motricité Communication / liens sociaux

Votre enfant a-t-il présenté des difficultés pour s'exprimer ? OUI NON

Votre enfant a-t-il présenté des difficultés pour comprendre, à l'oral, les mots, les consignes ?

OUI NON

Votre enfant a-t-il présenté des difficultés en graphisme? : OUI NON

Avez-vous remarqué une maladresse gestuelle globale (courir, sauter, jouer avec une balle..)?

OUI NON

Avez-vous constaté une maladresse dans les activités de vie quotidienne (habillage, lacets, utilisation des couverts, toilette) ?

OUI NON

ELEMENTS FAMILIAUX

Veillez-indiquer nombre et âge des frères et soeurs ?

Les relations au sein de la fratrie sont-elles ?

Faciles Conflictuelles

Les parents sont-ils séparés ? OUI NON

L'autorité parentale est-elle conjointe ? OUI NON

La "gestion" des devoirs est-elle confiée à un parent en particulier OUI NON

Si oui lequel et pourquoi ? :

Consommation approximative d'écrans (téléphone, TV, consoles, ordinateur) par jour en heure:

Intérêt aux écrans : Faible Fort Problématique

Les règles de consommation sont-elles contrôlées par les parents ?

OUI NON Partiellement

Votre enfant pratique-t-il une activité sportive ? OUI NON

Votre enfant pratique-t-il une activité artistique ? OUI NON

Document téléchargeable sur le site : www.patrice-gueit.fr

Fiche rédigée par Maryline Perruchot (Enseignante) / Patrice Gueit (Psychologue)

La mère a-t-elle rencontré des difficultés scolaires ? OUI NON
A t-elle suivi des séances d'orthophonie ? OUI NON

Diplôme obtenu ?

Profession : ?

Le père a-t-il rencontré des difficultés scolaires ? OUI NON
A t-il suivi des séances d'orthophonie ? OUI NON

Diplôme obtenu ?

Profession : ?

Y-a-t-il des troubles d'apprentissages diagnostiqués ou suspectés au sein de la famille ?
 OUI NON

Si oui, à quel niveau de parenté :

Parents Fratrie Cousin(e) Oncle/Tante Grand-parent

Si oui, quel type de trouble a été évoqué :

Dyslexie Trouble de l'Attention Hyperactivité Dyspraxie / Dysgraphie

Le climat familial est-il marqué ou a-t-il été marqué par certaines tensions entre les parents ?
 OUI NON

Des évènements familiaux (décès, déménagements, changement de situation professionnelle...) ont-ils eu lieu durant cette année ?
 OUI NON

BILAN REALISES / SUIVI EN COURS

Une évaluation de l'intelligence type WISC a-t-elle déjà été réalisée par un psychologue ?
 OUI NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi actuellement ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Orthophonie Un bilan a-t-il été réalisé ? OUI NON

Psychomotricité Un bilan a-il été réalisé ? OUI NON

Ergothérapie Un bilan a-il été réalisé ? OUI NON

Psychologique

Autres (orthoptiste, psychiatrique, neurologique, suivi scolaire...)

ACTUELLEMENT

Indiquez les principales difficultés actuelles :

- Inattention Agitation Compréhension des consignes Graphisme
- Violence Provocation Relations sociales Inhibition Sociale / Retrait

Si vous cochez inattention ou agitation, complétez le tableau-ci-dessous :**Indiquez si votre enfant présente les comportements suivants (Description DSM-V).**

		Rarement	Quelques fois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
	Mon enfant :				
1	Agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (ex : incapacité ou inconfort de se tenir immobile, sans bouger, pendant un long moment, comme à table, à l'école ; peut-être perçu comme agité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Peine à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderies dans les devoirs ou d'autres activités (travail non précis, oublis de détails)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A souvent du mal à attendre son tour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou activités diverses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Se met souvent en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Se laisse facilement distraire par des stimuli extérieurs (pour les adolescents, peut passer du coq-à-l'âne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Argumente et conteste ce que peuvent dire les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs ou ses tâches domestiques (ex : commence mais perd le fil, facilement distrait)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex : fait irruption dans les conversations, peut utiliser un bien d'autrui sans demander une autorisation, peut s'imposer et reprendre ce que d'autres font)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	S'oppose, refuse de faire ce qui lui est demandé, peut défier les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (difficultés à gérer le temps, ne respecte pas les délais, difficulté à conserver en ordre ses affaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Fait délibérément des choses qui contrarient ou embêtent les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Peut se montrer méchant ou malveillant (souhait de se venger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14	Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : esprit ailleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée (ex : termine la phrase d'un autre, ne peut pas attendre son tour pour parler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Parle trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Reproche aux autres ses propres erreurs et / ou mauvaise conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	A des oublis fréquents dans la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Court ou s'agite dans des situations où cela n'est pas approprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Est facilement contrarié par les autres, est susceptible, s'agace facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	A souvent en aversion, ou fait à contre-cœur les tâches demandant un effort soutenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Se lève souvent dans des situations où il est supposé rester assis (classe, repas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, livres, crayons, portefeuille, clef, lunettes, téléphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Est souvent fâché, rancunier avec des ressentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	A souvent du mal à maintenir son attention au travail ou dans les jeux (lecture, conversation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur sa chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diriez-vous que ces comportements ont toujours été présents depuis le début de l'école ?

Oui Non

Ces comportements ont-ils un impact sur la famille ? OUI NON

Ces comportements ont-ils un impact sur les apprentissages ? OUI NON

Ces comportements ont-ils un impact sur la vie quotidienne ? OUI NON

Ces comportements ont-ils un impact sur la vie sociale avec les camarades ? OUI NON

Merci de votre participation. Vous pouvez indiquer ci-dessous des commentaires libres :

-----**FIN DU QUESTIONNAIRE PARENTS**-----

Document téléchargeable sur le site : www.patrice-gueit.fr

Fiche rédigée par Maryline Perruchot (Enseignante) / Patrice Gueit (Psychologue)

PARTIE 2. A COMPLETER PAR L'ENSEIGNANT

Nom / prénom de l'enseignant :

Mail de contact :

Téléphone de contact :

Cochez les domaines où le niveau de l'enfant est en décalage par rapport au niveau attendu :

Lecture (décodage, qualité, fluidité)

Lecture (compréhension des consignes, des textes)

Orthographe

Repérage dans le temps (confusions jours/mois, gestion du temps)

Lenteur dans la prise de notes ou la copie

Compréhension orale des consignes

Strucuration du discours oral (organisation, structure, cohérence des idées)

Expression orale (peine t-il à raconter une histoire, trouver les mots, résumer)

Calcul / Résolution de problèmes

Utilisation des outils scolaires (stylo, règle, équerre, compas...)

Géométrie / gestion de l'espace feuille

Maladresse gestuelle globale (courir, sport de balle, habillage)

Soin porté au travail

Qualité graphique

Lenteur graphique

Lenteur de réalisation

L'enfant présente t-il ? Agitation motrice ou Impulsivité Inattention

Si vous cochez agitation motrice OU inattention, complétez le tableau-ci-après (sinon passez à la question suivante après le tableau)

Indiquez si votre élève présente les comportements suivants (*Description DSM-V*).

		Rarement	Quelques fois par semaine	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
1	Agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (ex : incapacité ou inconfort de se tenir immobile, sans bouger, pendant un long moment, comme à table, à l'école ; peut-être perçu comme agité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Peine à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderies dans les devoirs ou d'autres activités (travail non précis, oublis de détails)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A souvent du mal à attendre son tour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Se met souvent en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Se laisse facilement distraire par des stimuli extérieurs (pour les adolescents, peut passer du coq-à-l'âne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Argumente et conteste ce que peuvent dire les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs ou ses tâches domestiques (ex : commence mais perd le fil, facilement distrait)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Interrompt souvent les autres où impose sa présence (ex : fait irruption dans les conversations, peut utiliser un bien d'autrui sans demander une autorisation, peut s'imposer et reprendre ce que d'autres font)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	S'oppose, refuse de faire ce qui lui est demandé, peut défier les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (difficultés à gérer le temps, ne respecte pas les délais, difficulté à conserver en ordre ses affaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Fait délibérément des choses qui contrarient ou embêtent les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Peut se montrer méchant ou malveillant (souhait de se venger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Sembler souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : esprit ailleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée (ex : termine la phrase d'un autre, ne peut pas attendre son tour pour parler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Rarement	Quelques fois par semaine	Quelques fois tous les jours	Presque tous les jours
16	Parle trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Reproche aux autres ses propres erreurs et / ou mauvaise conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	A des oublis fréquents dans la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Court ou s'agite dans des situations où cela n'est pas approprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Est facilement contrarié par les autres, est susceptible, s'agace facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	A souvent en aversion, ou fait à contre-cœur les tâches demandant un effort soutenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Se lève souvent dans des situations où il est supposé rester assis (classe, repas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, livres, crayons, lunettes, téléphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Est souvent fâché, rancunier avec des ressentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	A souvent du mal à maintenir son attention au travail ou dans les jeux (lecture, conversation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur sa chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diriez-vous que ces comportements sont globalement constatés ?

Tous les jours Plusieurs fois par semaine

Les comportements de l'élève ont-ils un impact global sur les apprentissages ?

OUI NON

Si oui, quelles en sont les conséquences ?

Retard dans les apprentissages

"Notes moins bonnes que la moyenne"

Manque d'autonomie

Besoin d'aide supplémentaire, d'une plus grande surveillance

Les comportements de l'élève ont-ils un impact sur la vie sociale ? OUI NON

Si oui, quelles en sont les conséquences ?

Est victime de moqueries diverses

Est plus souvent puni

Difficulté à se faire ou conserver des copains

Plus facilement isolé

Subi des gestes violents de la part de ses camarades

L'élève est parfois agressif : verbalement physiquement

Document téléchargeable sur le site : www.patrice-gueit.fr

Fiche rédigée par Maryline Perruchot (Enseignante) / Patrice Gueit (Psychologue)

Lui arrive t-il de mentir pour échapper à ses responsabilités ? OUI NON

A t-il déjà détruit le bien d'autrui ?

OUI NON

Sur la plan psychologique, percevez-vous, un enfant ?

Ayant peur de se tromper, de mal faire

Conscient et souffrant de cette situation

Manquant de confiance en soi

En retrait, timide

Autre ? Précisez :

Merci de votre participation. Vous pouvez indiquer ci-dessous des commentaires libres :

-----*FIN DU QUESTIONNAIRE ENSEIGNANT*-----

PARTIE 3. A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE

Date de l'entretien :

Nom et Qualité du Professionnel de Santé :

Contact mail et téléphone :

Synthèse de l'entretien :

Perceptions de l'enfant quant à la situation :

Hypothèses diagnostiques :

Examens / Bilans à réaliser :

Préconisations éducatives dans l'attente de la réalisation des examens :

Actions pédagogiques pertinentes à réaliser dans l'attente de la réalisation des examens :