



Questionnaires sur les étapes du développement

De 15 mois 0 jour à 16 mois 30 jours

Questionnaire 16 mois



S'il vous plaît, veuillez répondre aux questions suivantes. Veuillez utiliser un stylo à encre bleue ou noire et écrire lisiblement.

Date à laquelle le questionnaire est rempli : 20/9/2016

Information sur l'enfant

Prénom de l'enfant : ANNIE

Initiales : M.

Nom de famille de l'enfant : MOREAU

Date de naissance : 5/5/2015

Nombre de semaines prématurées si l'enfant est né 3 semaines prématurées ou plus :

Sexe de l'enfant :

Garçon Fille

Personne qui complète le questionnaire

Prénom : JENNIFER

Initiales : M.

Nom de famille : MOREAU

Lien avec l'enfant :

Parent

Éducateur en service de garde

Enseignant

Intervenant social ou en santé

Adresse civique : 33 MAIN STREET

Grand-parent ou autre parent

Famille d'accueil

Autre :

Ville : JONESTOWN

Province / région/état : IN

Code postal : 61924

Pays : USA

Numéro de téléphone à la maison :

219-888-0021

Autre

numéro de

téléphone : 219-912-2100

Adresse courriel : JENNIFER.MOREAU@EMAIL.COM

Nom des personnes qui vous aident à remplir le questionnaire :

Information sur le programme ou service

Numéro d'identification de l'enfant : 36759111023412358

Âge au moment de l'administration (en mois et en jours) : 16 MOIS, 5 JOURS

Numéro du programme ou service : 6272001439183664

Âge ajusté si l'enfant est prématuré (en mois et en jours) :

Nom du programme ou service : JONESTOWN CHILD CARE CENTER

Questionnaire 16 mois
*De 15 mois 0 jour
à 16 mois 30 jours*

Vous trouverez dans les pages suivantes des questions portant sur les activités des enfants. Votre petite fille ou votre petit garçon peut déjà en faire certaines. Par contre, il y en a d'autres que votre enfant n'a pas encore commencé à faire. À chaque question, veuillez cocher la case appropriée, selon que votre enfant fait l'activité souvent, parfois ou pas encore.

Points importants à se rappeler :

- Assurez-vous d'essayer chacune des activités avec votre enfant avant de cocher la case appropriée.
- Essayez de faire de ce questionnaire un jeu amusant pour vous et votre enfant.
- Assurez-vous que votre enfant soit reposé, nourri et prêt à jouer.
- S'il vous plaît, retournez ce questionnaire à _____.

Notes :

À cet âge, plusieurs enfants peuvent ne pas collaborer lorsqu'on leur demande de faire des activités. Il peut être nécessaire que vous essayiez des activités avec votre enfant plus d'une fois. Si possible, essayez les activités lorsque votre enfant est coopératif. Si votre enfant peut faire l'activité mais refuse de s'exécuter, indiquez « oui » pour l'item.

COMMUNICATION

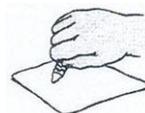
	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1. Est-ce que votre enfant montre du doigt, tapote ou essaie de prendre les images d'un livre ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
2. Est-ce que votre enfant dit quatre mots ou davantage en plus de « Maman » et « Papa » ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
3. Lorsque votre enfant veut quelque chose, est-ce qu'il vous le dit en le <i>montrant du doigt</i> ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
4. Lorsque vous lui demandez, est-ce que votre enfant va dans une autre pièce pour chercher un jouet ou un objet familier ? (Vous pouvez lui demander « Où est ton ballon ? » ou dire « Apporte-moi ton manteau ! » ou « Va chercher ta couverture ! »)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
5. Est-ce que votre enfant répète une phrase de deux mots ? Par exemple, quand vous dites une phrase de deux mots telle que « Maman mange », « Papa joue » ou « Auto partie ! », est-ce que votre enfant répète ces deux mots après vous ? (Cochez « oui » même si les mots de votre enfant sont difficiles à comprendre.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
6. Est-ce que votre enfant dit huit mots ou davantage en plus de « Maman » et de « Papa » ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
TOTAL POUR LA COMMUNICATION				<u>55</u>

MOTRICITÉ GLOBALE

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1. Est-ce que votre enfant se met debout seul au milieu d'une pièce et fait plusieurs pas vers l'avant ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
2. Est-ce que votre enfant grimpe sur les meubles ou sur d'autres gros objets comme des gros blocs à escalader ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
3. Est-ce que votre enfant se penche ou s'accroupit pour prendre un jouet par terre, puis se relève sans aucun soutien ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
4. Est-ce que votre enfant se déplace en marchant plutôt qu'en rampant avec ses mains et ses genoux ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
5. Est-ce que votre enfant marche correctement, en ne tombant que rarement ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
6. Est-ce que votre enfant grimpe sur un objet comme une chaise pour atteindre quelque chose qu'il désire (par exemple, pour prendre un jouet sur le comptoir ou pour vous « aider » dans la cuisine) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<u>0</u>
TOTAL POUR LA MOTRICITÉ GLOBALE				<u>40</u>

MOTRICITÉ FINE

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1. Est-ce que votre enfant vous aide à tourner les pages d'un livre ? (Vous pouvez soulever une page pour qu'il puisse la prendre.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
2. Est-ce que votre enfant lance une petite balle en projetant son bras en avant ? (S'il laisse simplement tomber la balle, cochez « pas encore ».)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
3. Est-ce que votre enfant empile un petit cube ou un petit jouet sur un autre ? (Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou des jouets mesurant environ 2,5 cm.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
4. Est-ce que votre enfant empile trois petits cubes ou trois petits jouets les uns sur les autres par lui-même ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
5. Est-ce que votre enfant fait une marque sur une feuille de papier avec l'extrémité d'un crayon (ou un stylo) en essayant de dessiner ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
6. Est-ce que votre enfant tourne les pages d'un livre par lui-même ? (Il peut tourner plus d'une page à la fois.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<u>0</u>
TOTAL POUR LA MOTRICITÉ FINE				<u>40</u>



RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1. Après que vous ayez gribouillé sur du papier avec un crayon (ou un stylo), est-ce que votre enfant vous imite en gribouillant à son tour ? (S'il gribouille déjà par lui-même, cochez « oui ».)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
2. Est-ce que votre enfant peut mettre un petit morceau de pain dans une petite bouteille transparente (comme une bouteille en plastique de boisson gazeuse ou un biberon) ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
3. Est-ce que votre enfant laisse tomber plusieurs petits jouets, l'un après l'autre, dans un contenant comme un bol ou une boîte ? (Vous pouvez lui montrer comment faire.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
4. Après avoir montré à votre enfant comment faire, est-ce qu'il essaie de prendre un petit jouet qui se trouve légèrement hors de sa portée à l'aide d'une cuillère, d'un bâton ou d'un autre objet semblable ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
5. Sans lui montrer comment faire, est-ce que votre enfant gribouille lorsque vous lui donnez un crayon (ou un stylo) ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u> *
6. Après qu'un petit morceau de pain ait été placé dans une petite bouteille transparente, est-ce que votre enfant retourne la bouteille à l'envers pour le faire sortir ? (Vous pouvez lui montrer comment faire.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
TOTAL POUR LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES				<u>45</u>

* Si la réponse à la question 5 sur la résolution de problèmes est « oui », cochez « oui » à la question 1 de cette série.

APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1. Est-ce que votre enfant mange avec une cuillère même s'il renverse de la nourriture ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
2. Est-ce que votre enfant vous aide à se déshabiller en enlevant certains de ses vêtements comme des bas, des chaussettes, un chapeau, des souliers, des mitaines, ou des mouffles, etc. ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
3. Est-ce que votre enfant joue avec une poupée ou avec un animal en peluche en le serrant dans ses bras ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
4. Lorsqu'il se regarde dans un miroir, est-ce que votre enfant offre un jouet à sa propre image ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<u>0</u>
5. Est-ce que votre enfant attire votre attention ou essaie de vous montrer quelque chose en vous tirant par la main ou par vos vêtements ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>

APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES (suite)

OUI PARFOIS PAS ENCORE

6. Est-ce que votre enfant vient vous trouver quand il a besoin d'aide, par exemple, pour remonter le mécanisme d'un jouet ou dévisser le couvercle d'un pot ?

● ○ ○ 10TOTAL POUR LES APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES 50**ÉVALUATION GLOBALE***Vous pouvez ajouter des commentaires en utilisant l'espace qui se trouve ci-dessous.*

1. Est-ce que vous pensez que votre enfant entend normalement ? Sinon, veuillez expliquer : OUI ● NON ○

2. Est-ce que vous pensez que votre enfant parle comme les enfants de son âge ? Sinon, veuillez expliquer : OUI ● NON ○

3. Est-ce que vous pouvez comprendre la plupart des mots que dit votre enfant ? Sinon, veuillez expliquer : OUI ● NON ○

4. Est-ce que vous pensez que votre enfant marche, court et grimpe comme les enfants de son âge ? Sinon, veuillez expliquer : OUI ● NON ○

ÉVALUATION GLOBALE (suite)

5. Est-ce que l'un des parents a des antécédents familiaux de surdité infantile, partielle ou totale ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

6. Est-ce que vous êtes préoccupés par la vision de votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

7. Est-ce que votre enfant a eu des problèmes de santé au cours des derniers mois ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

8. Est-ce que vous êtes préoccupés par certains comportements de votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

9. Est-ce qu'il y a autre chose chez votre enfant qui vous inquiète ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

Nom de l'enfant : ANNIE M. MOREAU Date à laquelle le questionnaire est rempli : 20/9/2016
 Numéro d'identification de l'enfant : 36759111023412358 Date de naissance : 5/5/2015
 Organisme fréquenté par l'enfant : JONESTOWN CHILD CARE CENTER Est-ce que le questionnaire a été sélectionné en fonction de l'âge ajusté pour un enfant prématuré ? Oui Non

1. CALCUL ET TRANSFERT DES RÉSULTATS DANS LE TABLEAU CI-BAS : Voir l'ASQ-3 *User's Guide* (disponible en anglais seulement) pour plus de détails concernant la façon d'ajuster les résultats dans le cas de réponses manquantes. Pour chaque item, trois choix de réponses sont possibles : OUI = 10, PARFOIS = 5, PAS ENCORE = 0. Additionnez les cotes attribuées à chacun des items et notez le résultat total pour chaque domaine du développement. Dans le tableau ci-dessous, transférez les résultats totaux dans la colonne « résultat total » et noircissez le cercle correspondant aux résultats totaux.

Domaine	Pt. de coupure	Résultat total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Communication	16,81		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	●	○
Motricité globale	37,91		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Motricité fine	31,98		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Résol. de problèmes	30,51		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Apt. indiv. ou soc.	26,43		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFERT DES RÉPONSES DE L'ÉVALUATION GLOBALE : Une réponse en gras et en majuscules encadrée requiert un suivi. Voir le chapitre 6 de l'ASQ-3 *User's Guide* (disponible en anglais seulement) pour les détails.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1. Audition correcte ?
Commentaires : | <input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | 6. Préoccupé par la vision ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON |
| 2. Parle comme les autres enfants du même âge ?
Commentaires : | <input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | 7. Problèmes de santé ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON |
| 3. Comprend la plupart de ce que l'enfant dit ?
Commentaires : | <input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | 8. Préoccupé par certains comportements ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON |
| 4. Marche, court et grimpe comme les autres enfants ?
Commentaires : | <input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | 9. Autres inquiétudes ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON |
| 5. Antécédents familiaux de surdité ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON | | |

3. INTERPRÉTATION ET RECOMMANDATION POUR UN SUIVI : Considérez le résultat pour chaque domaine, les réponses à l'évaluation globale et tout autre aspect, telles que les occasions de pratiquer des habiletés afin de déterminer le suivi approprié.

Si le résultat de l'enfant est dans la section , c'est-à-dire au-dessus du point de coupure, son développement semble être sur la bonne voie.
 Si le résultat de l'enfant est dans la section , c'est-à-dire près du point de coupure, veuillez fournir à l'enfant des activités d'apprentissage et mettre en place un processus de surveillance.
 Si le résultat de l'enfant est dans la section , c'est-à-dire au-dessous du point de coupure, une évaluation plus approfondie par un professionnel peut être nécessaire.

4. SUIVI DES ACTIONS À PRENDRE : Cochez celles qui s'appliquent.

- Fournir des activités et dépister à nouveau dans _____ mois.
 Partager les résultats avec les intervenants des services de santé.
 Référer pour un dépistage de problèmes auditifs, visuels ou comportementaux si une **réponse en gras** est encadrée à la section 2.
 Référer à des intervenants des services de santé ou autres ressources de la communauté (préciser la raison) : _____
 Référer pour une intervention précoce/éducation spécialisée en petite enfance.
 Aucune action à prendre pour le moment.
 Autre (préciser) : _____

5. OPTIONNEL : Transfert des réponses aux items (O = OUI, P = PARFOIS, PE = PAS ENCORE, X = réponse manquante).

	1	2	3	4	5	6
Communication	O	O	O	O	O	P
Motricité globale	O	P	O	O	P	PE
Motricité fine	P	O	O	O	P	PE
Résol. de problèmes	P	P	O	O	P	O
Apt. indiv. ou soc.	O	O	O	PE	O	P