

# FICHE ANAMNÈSE GÉNÉRALE

## >> Identité

<b>Nom :</b>				<b>Prénom :</b>			
<b>Sexe</b>	M	F	<b>Date de naissance :</b>	<b>Place dans la fratrie :</b>	<b>Enfant adopté</b> <input type="checkbox"/>		

## >> Environnement familial

**Profession du père :** .....

### Catégorie INSEE – père

- Agriculteurs exploitants
- Artisans
- Commerçants et assimilés
- Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
- Professions libérales et assimilés
- Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- Cadres d'entreprise
- Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- Techniciens
- Contremaîtres, agents de maîtrise
- Employés de la fonction publique
- Employés administratifs d'entreprise
- Employés de commerce
- Personnels des services directs aux particuliers
- Ouvriers qualifiés
- Ouvriers non qualifiés
- Ouvriers agricoles
- Anciens agriculteurs exploitants
- Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Anciens cadres et professions intermédiaires
- Anciens employés et ouvriers
- Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- Inactifs divers (autres que retraités)

**Profession de la mère :** .....

### Catégorie INSEE - mère

- Agriculteurs exploitants
- Artisans
- Commerçants et assimilés
- Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
- Professions libérales et assimilés
- Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- Cadres d'entreprise
- Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- Techniciens
- Contremaîtres, agents de maîtrise
- Employés de la fonction publique
- Employés administratifs d'entreprise
- Employés de commerce
- Personnels des services directs aux particuliers
- Ouvriers qualifiés
- Ouvriers non qualifiés
- Ouvriers agricoles
- Anciens agriculteurs exploitants
- Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Anciens cadres et professions intermédiaires
- Anciens employés et ouvriers
- Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- Inactifs divers (autres que retraités)

<b>Niveau d'études du père :</b>	<input type="checkbox"/> sans qualification	<input type="checkbox"/> CAP	<input type="checkbox"/> BEP-Brevet	<input type="checkbox"/> BAC	<input type="checkbox"/> Etudes supérieures
<b>Niveau d'études de la mère :</b>	<input type="checkbox"/> sans qualification	<input type="checkbox"/> CAP	<input type="checkbox"/> BEP-Brevet	<input type="checkbox"/> BAC	<input type="checkbox"/> Etudes supérieures

**Conditions de vie :**

*Commentaires*

# >> Antécédents

## 1 - Antécédents familiaux

Y a-t-il dans la famille quelqu'un qui présente ?

- un handicap  sensoriel  moteur  mental
- un syndrome génétique lequel :.....
- des troubles spécifiques du langage / des apprentissages
- des troubles envahissants du développement
- une problématique psychopathologique

<i>Lien de parenté - Commentaires</i>

## 2 - Antécédents personnels

L'enfant présente-t-il ?

- un handicap  sensoriel  moteur  mental
- un syndrome génétique lequel :.....
- des troubles envahissants du développement
- une IMC - IMOC (paralysie cérébrale)

<i>Commentaires</i>

## 3 - Antécédents médicaux

♦ Comment se sont déroulés la grossesse et l'accouchement ?

- Pathologie maternelle pendant la grossesse
- Souffrance foetale
- Grossesse  simple  multiple
- Prématurité nombre de semaines :.....
- Poids de naissance : .....grammes
- Taille à la naissance : .....centimètres
- Périmètre crânien : .....centimètres
- APGAR à 1 minute :..... à 5 minutes :.....
- Souffrance néonatale
- Suites (traitements, transfert en service spécialisé, placement en couveuse...) :

<i>Commentaires</i>

♦ Comment s'est déroulée la petite enfance ?

- Affections générales (maladies)
- Affections ORL
- Convulsions  simples  compliquées âge : .....mois
- Épilepsie âge : .....mois
- Autres affections neurologiques (AVC, tumeurs...)
- Traumatisme crânien
- Hospitalisations motifs :.....


#### 4 - Traitements et Prises en charge

##### Traitement(s)

L'enfant est-il sous traitement ?  oui  non

Pour quelle affection ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> maladie infectieuse grave      | <input type="checkbox"/> affections ORL récidivantes |
| <input type="checkbox"/> affections broncho-pulmonaires | <input type="checkbox"/> problèmes digestifs         |
| <input type="checkbox"/> convulsions / épilepsie        | <input type="checkbox"/> hyperactivité               |
| <input type="checkbox"/> autre (préciser)               |  |

##### Prise(s) en charge

Bénéficie-t-il d'une prise en charge ?  oui  non

- dans une structure pluridisciplinaire
- |  |   |                                |                              |
|--|---|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CAMSP           | <input type="checkbox"/> CMP                    | <input type="checkbox"/> CMPP  | <input type="checkbox"/> IEM |
| <input type="checkbox"/> hôpital de jour | <input type="checkbox"/> SESSAD / SESSD / SEFIS | <input type="checkbox"/> autre |                              |
- dans un service hospitalier
- en libéral

Quel suivi ?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> kinésithérapie | <input type="checkbox"/> psychomotricité | <input type="checkbox"/> ergothérapie   |
| <input type="checkbox"/> orthophonie    | <input type="checkbox"/> orthoptie       | <input type="checkbox"/> psychothérapie |

## >> Développement

### 1 - Aptitudes sensorielles

#### Audition

A-t-il des problèmes d'audition ?

- oui  non
- Otites séreuses
- Drains
- Surdité
- Circonstances de survenue du déficit

Appareillage  prothèse  implant

Date de l'appareillage : .....

*Commentaires*


#### Vision

A-t-il des problèmes de vision ?

- oui  non
- Suivi orthoptique
- Circonstances de survenue du déficit
- Nature du déficit

Appareillage  lunettes  lentilles

Date de l'appareillage : .....

*Commentaires*


### 2 - Aspects morphologiques

L'enfant présente-t-il ?

- des particularités des mains et des pieds
- des particularités faciales
- une fente  labiale  palatale  vélaire
- une insuffisance vélaire
- des problèmes de dentition
- autres lesquels ? .....

*Commentaires*


### 3 - Développement psychomoteur et psychosocial

♦ A quel âge l'enfant a-t-il acquis ?

- la station assise
- la station debout
- la marche

âge : .....mois  
 âge : .....mois  
 âge : .....mois

<i>Commentaires</i>

♦ A quel âge est-il devenu autonome pour ?

- l'alimentation
- la toilette
- l'habillement
- les besoins sphinctériens

âge : .....mois  
 âge : .....mois  
 âge : .....mois  
 âge : .....mois

<i>Commentaires</i>

♦ A quel âge a-t-il acquis la propreté ?

- propreté de jour
- propreté de nuit

âge : .....mois  
 âge : .....mois


♦ Quelles sont ses habitudes de succion ?

- suce un doigt     suce une tétine     prend le biberon

--

♦ Est-ce qu'il présente ?

- un trouble de l'alimentation
- un trouble du sommeil


♦ A quoi joue-t-il ?

- ne sait pas « jouer »
- jeux psychomoteurs ou sportifs
- jeux de faire semblant (poupée, dinette, voitures ...)
- jeux de construction (cubes, lego ...)
- jeux de société (lotos, dominos ...)
- regarde des cassettes ou des films
- s'intéresse aux photos, aux images, aux livres


### 4 - Développement du langage

♦ A quel âge l'enfant a-t-il ?

- babillé
- pointé du doigt pour demander
- dit « papa » « maman »
- dit un autre mot
- utilisé environ 50 mots différents
- fait une phrase de 2 mots
- fait une phrase de 3 mots avec un verbe
- employé « je » pour parler de lui

âge : .....mois  
 âge : .....mois  
 âge : .....mois  
 âge : .....mois  
 âge : .....mois  
 âge : .....mois  
 âge : .....mois  
 âge : .....mois

<i>Commentaires</i>

♦ Quel environnement linguistique ?

- Langue maternelle autre que le français
- Autre(s) langue(s) parlée(s) à la maison
- Stimulations linguistiques

laquelle ?.....  
langue(s) :.....


## >> Éléments autres

### 1 - Comportement / entrée en relation

♦ Comment l'enfant se comporte-t-il habituellement ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> plutôt actif                       | <input type="checkbox"/> plutôt passif       |
| <input type="checkbox"/> plutôt attentif                    | <input type="checkbox"/> plutôt peu attentif |
| <input type="checkbox"/> capable de se tenir à une activité | <input type="checkbox"/> plutôt instable     |
| <input type="checkbox"/> plutôt coopérant                   | <input type="checkbox"/> plutôt opposant     |
| <input type="checkbox"/> plutôt réservé                     | <input type="checkbox"/> plutôt sociable     |

♦ Comment communique-t-il ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> regarde l'interlocuteur            | <input type="checkbox"/> regarde peu ou pas |
| <input type="checkbox"/> communique avec des cris           |   |
| <input type="checkbox"/> en montrant du doigt               |   |
| <input type="checkbox"/> avec des vocalisations / un jargon |   |
| <input type="checkbox"/> avec des mots                      | <input type="checkbox"/> avec des phrases   |
| <input type="checkbox"/> avec d'autres enfants              | <input type="checkbox"/> avec un adulte     |

<i>Commentaires</i>


### 2 - Socialisation / scolarisation

♦ A quel âge ?

- a-t-il été socialisé      âge : .....mois

Lieu d'accueil ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> garde par un autre membre de la famille |   |
| <input type="checkbox"/> assistante maternelle                   | <input type="checkbox"/> halte-garderie |
| <input type="checkbox"/> crèche                                  | <input type="checkbox"/> placement      |

♦ A quel âge ?

- est-il entré à l'école      âge : .....mois

♦ Niveau scolaire actuel ?

- Aménagement(s) scolaire(s) spécifique(s)      classe : .....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PAI            | <input type="checkbox"/> PPPS (dossier MDPH)  |
| <input type="checkbox"/> accompagné par | <input type="checkbox"/> ASE <input type="checkbox"/> AVSI <input type="checkbox"/> AVSCo |
| <input type="checkbox"/> suivi RASED    |   |
| <input type="checkbox"/> Scolarisation  | <input type="checkbox"/> à temps complet <input type="checkbox"/> à temps partiel         |

--



### 3 - Autres évaluations

- ♦ A-t-il été évalué par une psychologue ? .....
- oui                     non
- à l'école    à l'hôpital    en structure    en libéral
- ♦ Avec quel outil ?
- échelle de développement - laquelle ?
- WIPSI                     WISC IV                     NEPSY
- autre                    lequel ?.....

### 4 - Latéralisation

- L'enfant est-il latéralisé ?
- non latéralisé    droitier    gaucher    ambidextre

Résultats

Commentaires

### 5 : Autre

Commentaires