

Vous avez demandé une évaluation à notre Centre PopUp – Autonomie et Handicap pour votre enfant. Nous fixerons une date pour vous rencontrer vous et votre enfant.

L'évaluation est basée sur le jeu et durera environ 1 heure.

Afin d'organiser cette évaluation, nous aurions besoin de quelques informations initiales.

Pour ce faire, merci de compléter *le formulaire de pré-évaluation* que vous trouverez ci-dessous.

Les informations que vous fournissez aideront notre équipe à connaître les points forts de votre enfant et à préparer les ressources appropriées pour le moment de l'évaluation.

Après l'évaluation, un compte-rendu détaillé vous sera envoyé avec une recommandation en ce qui concerne le service que nous offrons.

Nom de l'enfant:.....

Date de naissance:

Adresse:.....

Numéro téléphone domicile:.....**Mobile:**..... **Email**.....

Nom du parent ayant autorité parentale:.....

Pédiatre / médecin généraliste:

INFORMATIONS MÉDICALES :

Votre enfant a-t-il l'un des effets suivants?

Epilepsie : Oui / Non

Allergies : si oui, merci de préciser :.....

Autres maladies chroniques : si oui, précisez s'il vous plaît :.....

Votre enfant prend-t-il actuellement un médicament? si oui, précisez s'il vous plaît:

.....

Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale? Si oui, pouvez-vous partager les notes

Votre enfant visite-t-il un spécialiste en orthopédie? Nom:.....

Votre enfant visite-t-il un autre spécialiste ? Merci de préciser dans quel domaine ?

.....

Diagnostic

Diagnostic de votre enfant (s'il est connu) ?

.....
.....

Si vous avez observé votre enfant en train de vivre des *crises d'épilepsie*, pouvez-vous s'il vous plaît décrire les symptômes ?

Qu'est-ce qui déclenche ou aggrave une crise d'épilepsie ?

Est-ce que sa vision a été testée ? Oui / Non

Si non, pouvez-vous expliquer votre opinion sur les capacités visuelles de votre enfant?
(Par ex :suit-il un objet-voit-il de prêt, de loin?..)

Est-ce que son audition a été testée ? Ou / Non

Si non, pouvez-vous expliquer votre opinion sur les capacités auditives de votre enfant?

Ses hanches ont-elles été vérifiées ? Oui / Non

Observations actuelles :

Développement moteur (capacités motrices) :

Se retourne-ventre/dos-dos/ventre : Oui / Non

Rampe : Oui / Non

Se déplace à 4 pattes : Oui / Non

Tiens assis :

sur le sol : Oui / Non

sur une chaise : Oui / Non

Se met debout de la position assise / du sol : Oui / Non

Tient debout tout seul : Oui / Non

Sais faire des pas : Oui / Non

Motricité Fine :

Quelle est sa main préférée ?.....

Peut-il ouvrir ses mains ? : Oui / Non

Peut-il tenir un objet dans une main ? : Oui / Non

Peut-il passer un objet d'une main à l'autre ? : Oui / Non

Suit-il le mouvement de ses mains avec ses yeux ? : Oui / Non

Développement cognitif (capacité de réflexion en quelques mots)

Social / communication :

- Quel est le jeu préféré de votre enfant ? (petites voitures, loto, dinette, carte..etc)

.....

- Comment exprime-t-il(elle) ses émotions ?

.....

- Votre enfant se sépare-t-il facilement de vous ?

.....

- Dans un groupe, aime-t-il jouer avec d'autres enfants ?

.....

- A-t-il des problèmes de comportement ?

.....

- A-t-il des difficultés d'attention ?.....

Compétences dans les soins personnels (alimentation, faire sa toilette):

.....

Expliquez brièvement la routine quotidienne de votre enfant :

.....
.....
.....

Intervention/soutien actuel :

Actuellement scolarisé : Oui / Non Niveau/classe :

Thérapies spécialisées : Oui / Non

Si oui, veuillez indiquer les types de thérapies suivies par votre enfant et à quelle fréquence.

.....
.....
.....

Equipement :

Avez-vous actuellement du matériel spécialisé ou attendez-vous la livraison après une commande? (sièges, couchages, baignade, levage, rampes, attelles, poussettes / fauteuils roulants, sièges d'auto, modifications du logement)

Comment avez-vous entendu parler du Centre PopUp?

Quelles sont les objectifs que vous aimeriez atteindre pour votre enfant?

Quels services vous aimeriez pour votre enfant ?

- Séances individuelles : Oui / Non
- Séances de groupe : Oui / Non
- Intensive / régulière / en ligne
(plusieurs séances sur une courte période) (séance(s) hebdomadaire(s) sur la période d'ouverture)