ASNE

Anamnèse Structurée du Neurodéveloppement de l'Enfant

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer les difficultés, le fonctionnement de votre enfant et son environnement. Merci de le remplir en entier, aussi précisément que possible. Les cadres rouges sont à remplir obligatoirement. Vos données sont couvertes par le secret médical et ne seront utilisées qu'avec votre autorisation par le professionnel que vous avez sollicité.

Si possible, remplir à deux parents en impliquant l'enfant. Durée estimée : 45 à 60 minutes.

Date de remplissage : _____

01 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

1.1 Enfant

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe / Enseignant / École : _____

1.2 Parents

	Parent 1	Parent 2
Nom et prénom		
Adresse		
Téléphone		
Mail		
Profession / Niveau d'étude		

Frères et sœurs

Nom et prénom				
Année de naissance				
Niveau d'étude actuel				
Lien de parenté				

1.3 Quelle est la composition de la famille ?

Famille monoparentale ? Oui ◯ Non ◯ Famille recomposée ? Oui ◯ Non ◯

Préciser la composition de la famille vivant dans le même lieu de vie :

Chez Parent 1 : _____

Chez Parent 2 : _____

Répartition de garde : _____

02 MOTIF DE LA CONSULTATION

2.1 Quelle est la personne qui vous adresse ?

- ☐ Parents
- ☐ Professionnels de santé (à préciser) : _____
- ☐ Professionnels de l'éducation (éducateur, enseignant…)
- ☐ Autre (à préciser) : _____

2.2 Avez-vous parlé de cette consultation à votre enfant ? Oui ◯ Non ◯

2.3 Votre enfant a-t-il exprimé des attentes ou des plaintes ? Préciser : Oui ◯ Non ◯

03 DÉVELOPPEMENT / ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Au cours de la grossesse

3.1 Prise de médicaments ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

3.2 Tabac ? (actif / passif) Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser la fréquence : _____

3.3 Alcool ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser (ponctuel, hebdomadaire, journalier, trimestre de grossesse) : _____

3.4 Autres drogues ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

3.5 Exposition à des produits toxiques au travail ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

3.6 Surveillance particulière pendant la grossesse ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

03 DÉVELOPPEMENT / ANTÉCÉDENTS (SUITE)

Naissance

Vous pouvez vous aider des premières pages du carnet de santé.

3.7 Terme (SA) : Poids de naissance : _____

Périmètre crânien (cm) : _____ Score APGAR : _____

3.8 Complication à l'accouchement ? Si oui, préciser ci-dessous. Oui ◯ Non ◯

3.9 Adoption ? Si oui, préciser le pays et l'âge d'adoption. Oui ◯ Non ◯

Avez-vous rencontré des difficultés (psychologiques, physiques) ?

3.10 Pendant la grossesse ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

3.11 Durant l'accouchement ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

3.12 Les premiers mois après la naissance ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

Antécédents familiaux

Au sein de votre famille, cochez les antécédents médicaux connus et précisez quel membre est concerné.

- ☐ Troubles neurodéveloppementaux (TDAH, TSA, TDI, Trouble des Coordinations, Trouble du langage, « Dys »...)
- ☐ Difficultés scolaires
- ☐ Maladie(s) génétique(s)
- ☐ Épilepsie

Autres maladies : _____

Membre(s) de la famille concerné(s) : _____

04 MODE DE VIE

4.1 Existe-t-il des personnes dans votre entourage qui vous apportent du soutien et/ou du répit ? Non ◯ Oui ◯ Non concerné ◯

Si oui, préciser (ex : périscolaire, cantine, garde à domicile, famille) : _____

05 PARCOURS DE SOINS

5.1 Bilans et/ou suivis (depuis la naissance)

Bilan et/ou suivi	Date / période	Type de professionnel	Nom	Structure	Motifs
ex : bilan langage oral, écrit…	*03/2015 à 05/2016*	*orthophoniste, psychomotricité…*	*Mme Bavarde*	*libérale, PCO, CAMSP…*	*retard de langage, moteur…*

5.2 Avez-vous un dossier à la MDPH ?

Oui ◯ Non ◯ En attente de traitement ◯

Si oui, quelles sont les notifications obtenues ?

Aide financière :

☐ AEEH ☐ Complément AEEH ☐ PCH

Scolarité :

☐ AESH (préciser individualisée ou mutualisée, et temps) : _____

☐ SESSAD ☐ ULIS ☐ IME

☐ Outil pédagogique, préciser : _____

☐ Autre, préciser : _____

Autre :

☐ CMI (carte mobilité inclusion), si oui préciser quel type : _____

5.3 Bénéficiez-vous d'une autre aide financière ?

☐ PCO

☐ Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP)

☐ Autre, préciser : _____

06 DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE

6.1 Motricité

Vous pouvez répondre en vous aidant du carnet de santé. Vers quel âge a-t-il su :

S'asseoir tout seul ? _____ Ne sait plus ☐

Faire du 4 pattes ? _____ Ne sait plus ☐

Marcher sans aide ? _____ Ne sait plus ☐

Faire du vélo ? _____ Ne sait plus ☐

Langage / communication

6.2 Langue(s) parlée(s) à la maison : _____

Avant deux ans *(carnet de santé possible)*

6.3 Pouvait-il associer deux mots (« papa parti », « veux gâteau », « pas dodo ») ? Non ◯ Oui ◯ Ne sait plus ◯

6.4 Pointait-il du doigt pour obtenir ce qu'il voulait ? Non ◯ Oui ◯ Ne sait plus ◯

6.5 Et pour partager son intérêt (ex : montrer un avion dans le ciel) ? Non ◯ Oui ◯ Ne sait plus ◯

6.6 Pouvait-il faire des jeux de « faire semblant » (dînette, bricoler, faire le ménage…) ? Non ◯ Oui ◯ Ne sait plus ◯

6.7 Pouvait-il s'intéresser à ce que vous lui montriez (ex : nouveau jeu) ? Non ◯ Oui ◯ Ne sait plus ◯

Entre 2 et 3 ans

6.8 Son langage a-t-il évolué rapidement entre 2 et 3 ans ? Non ◯ Oui ◯ Ne sait plus ◯

6.9 Pouvait-on comprendre ce qu'il disait à l'entrée en maternelle ? Non ◯ Oui ◯ Ne sait plus ◯

6.10 Une autre personne que ses parents pouvait-elle le comprendre ? Non ◯ Oui ◯ Ne sait plus ◯

6.11 Faisait-il des phrases avec sujet, verbe et complément ? Non ◯ Oui ◯ Ne sait plus ◯

07 APPRENTISSAGE / SCOLARITÉ

7.1 Difficultés d'apprentissage repérées ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, lesquelles et à partir de quel niveau de classe ?

Domaine	Concerné	Niveau de classe
Lecture / Orthographe	☐	
Écriture	☐	
Calcul	☐	
Géométrie	☐	
Autres (préciser)	☐	

7.2 Des difficultés de comportement en classe / en groupe ont-elles été rapportées ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, de quelles sortes ?

- ☐ Difficultés à rester assis
- ☐ Manque d'autonomie
- ☐ Inattentif, facilement distrait
- ☐ S'isole
- ☐ Conflits réguliers avec les autres enfants
- ☐ Conflits réguliers avec les adultes
- ☐ Autre : _____

7.3 La plupart du temps, aime-t-il aller à l'école ? Non ◯ Oui ◯

Si non, pourquoi ? Comment cela se manifeste-t-il ? _____

7.4 Aime-t-il lire ? Non ◯ Oui ◯

Si oui, que lit-il (livre, manga, BD…) et sur quel support ? _____

7.5 A-t-il du soutien scolaire ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, classe / année et type (APC, cours particulier, autre) : _____

7.6 La mise aux devoirs ou leur réalisation engendre-t-elle des difficultés ? Oui ◯ Non ◯

Est-ce une source de conflits ? _____

7.7 Maintien d'une classe (redoublement) ? Oui ◯ Non ◯

Si oui (classe, année) : _____

7.8 Passage anticipé d'une classe (saut de classe) ? Oui ◯ Non ◯

Si oui (classe, année) : _____

7.9 Bénéficie-t-il d'aménagements scolaires actuellement ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, type d'aménagement :

☐ Informels ☐ PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Éducative)

☐ PAP (plan d'accompagnement personnalisé)

☐ PPS (projet personnalisé de scolarisation - MDPH) ☐ PAI (projet d'accueil individualisé)

08 VIE AFFECTIVE ET ÉMOTIONNELLE

Pour les questions suivantes, répondez en pensant aux 3 derniers mois.

Cochez la fréquence observée	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais	Je ne sais pas
8.1 Est-il angoissé ? *Si présent, comment se manifeste son angoisse ? À quelle occasion ?* _____	○	○	○	○	○
8.2 Est-il souvent triste ? *Si présent, comment se manifeste la tristesse ? À quelle occasion ?* _____	○	○	○	○	○
8.3 A-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne ? *Si présent, préciser lesquelles.* _____	○	○	○	○	○
8.4 Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que ses parents ?	○	○	○	○	○
8.5 Se dévalorise-t-il (« je n'y arriverai pas, je suis nul »…) ?	○	○	○	○	○

09 COMPORTEMENT

Pour les questions suivantes, répondez en pensant aux 3 derniers mois.

Cochez la fréquence observée	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais	Je ne sais pas
9.1 Bouge-t-il beaucoup ?	○	○	○	○	○
9.2 Se met-il souvent en danger (prise de risque) ?	○	○	○	○	○
9.3 Peut-il être violent physiquement avec les autres (tape, mord) ?	○	○	○	○	○
9.4 Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oublis, perd ses affaires, dans la lune) ?	○	○	○	○	○
9.5 A-t-il du mal à attendre son tour quand il joue ou parle ?	○	○	○	○	○
9.6 A-t-il du mal à aller au bout d'une activité qui dure ? *Ex : jeux de société, jeux de construction.* _____	○	○	○	○	○
9.7 A-t-il des difficultés à rester assis à table le temps du repas ?	○	○	○	○	○
9.8 Se met-il facilement en colère ?	○	○	○	○	○
9.9 S'oppose-t-il régulièrement à ce que vous lui demandez ? *Si oui, préciser à quel moment ou dans quelle circonstance.* _____	○	○	○	○	○

10 VIE RELATIONNELLE

Pour les questions suivantes, répondez en pensant aux 3 derniers mois.

Cochez la fréquence observée	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais	Je ne sais pas
10.1 A-t-il tendance à rester seul (en classe et/ou à la maison) ?	◯	◯	◯	◯	◯
10.2 A-t-il du mal à se faire des copains de son âge et à les garder ?	◯	◯	◯	◯	◯
10.3 Est-il très timide, voire renfermé ?	◯	◯	◯	◯	◯
10.4 A-t-il beaucoup de mal à accepter les changements dans ses routines ? *Départ en vacances, changement de programme…*	◯	◯	◯	◯	◯
10.5 A-t-il des difficultés à avoir le sens de l'humour comme les enfants de son âge ?	◯	◯	◯	◯	◯
10.6 A-t-il des difficultés à comprendre le second degré ou les expressions imagées ? *Mort de rire, tiens-toi à carreau, as-tu perdu ta langue…*	◯	◯	◯	◯	◯
10.7 A-t-il tendance à faire des remarques naïves ou embarrassantes ?	◯	◯	◯	◯	◯
10.8 A-t-il des difficultés à adapter son comportement selon le contexte social ? *Paroles ou gestes inadaptés sans s'en rendre compte, câlins à des inconnus…*	◯	◯	◯	◯	◯
10.9 A-t-il des difficultés à comprendre les émotions ou à se mettre à la place des autres ?	◯	◯	◯	◯	◯

11 ALIMENTATION

Oralité précoce

11.1 Allaitement maternel — Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser la durée : _____

11.2 Difficultés pour téter le sein ou le biberon — Oui ◯ Non ◯

11.3 Difficultés de diversification alimentaire — Oui ◯ Non ◯

11.4 Difficultés à l'introduction des morceaux — Oui ◯ Non ◯ Ne sait plus ◯

Oralité actuelle

11.5 Sélectif (quantités, texture, couleur, goût, température) — Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

11.6 Le temps de repas dure-t-il beaucoup trop longtemps, ou est-il très court ? — Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser (trop long / trop court) : _____

11.7 Y a-t-il des aliments qu'il met de côté dans son assiette pour les manger après ? — Oui ◯ Non ◯

11 ALIMENTATION (SUITE)

11.8 Avez-vous observé des changements dans son comportement alimentaire ? Oui ◯ Non ◯

11.9 Diminution des aliments qu'il apprécie ? Oui ◯ Non ◯

11.10 Quantité de nourriture plus importante qu'avant ? Oui ◯ Non ◯

11.11 Refus de certains aliments qu'il mangeait avant ? Oui ◯ Non ◯

11.12 Grignotage ? Oui ◯ Non ◯

11.13 Besoin de manger entre les repas sans pouvoir s'arrêter ? Oui ◯ Non ◯

12 SOMMEIL

Pour les questions suivantes, répondez en pensant aux 3 derniers mois.

Cochez la fréquence observée	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais	Je ne sais pas
12.1 De manière générale, a-t-il des difficultés avec son sommeil ?	◯	◯	◯	◯	◯
12.2 Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ?	◯	◯	◯	◯	◯
12.3 Peut-il dormir sans la présence d'un adulte à ses côtés ?	Non ◯ Oui ◯				
12.4 Ronfle-t-il ?	◯	◯	◯	◯	◯
12.5 Avez-vous remarqué des pauses respiratoires (apnées) dans son sommeil ?	◯	◯	◯	◯	◯
12.6 Transpire-t-il beaucoup la nuit, même hors grosses chaleurs ?	◯	◯	◯	◯	◯
12.7 Se réveille-t-il fatigué le matin ? *Préciser l'heure de réveil (semaine / week-end).* _____	◯	◯	◯	◯	◯
12.8 Se réveille-t-il dans la nuit ? *Préciser la raison (soif, toilettes, cauchemars…).* _____	◯	◯	◯	◯	◯
12.9 Se couche-t-il tard ? *Heure de coucher (semaine / week-end).* _____	◯	◯	◯	◯	◯
12.10 Met-il plus de 30 min à s'endormir ?	◯	◯	◯	◯	◯
12.11 Lui donnez-vous un médicament le soir pour s'endormir ? *Si oui, préciser lequel / lesquels :* _____	Oui ◯ Non ◯				
12.12 A-t-il un temps d'écran avant de dormir ? *Préciser (type d'écran, temps passé, délai avant le coucher).* _____	◯	◯	◯	◯	◯
12.13 A-t-il un sommeil agité ?	◯	◯	◯	◯	◯

13 AUDITION ET VISION

13.1 Dépistage auditif réalisé ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, quand / résultat : _____

13.2 Votre enfant a-t-il un suivi ORL en cours ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser pourquoi : _____

13.3 Vous êtes-vous déjà demandé s'il entendait mal ? (parle fort, fait répéter, monte le son) Oui ◯ Non ◯

13.4 A-t-il déjà réalisé un bilan de sa vision chez un ophtalmologue ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, date du dernier contrôle : _____

… chez un orthoptiste ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, date du dernier contrôle : _____

13.5 Vous semble-t-il qu'il ait des difficultés pour voir ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

13.6 A-t-il des lunettes de vue ? Oui ◯ Non ◯

Si possible, précisez la raison (myopie, astigmatisme, hypermétropie) : _____

14 SENSORIEL

Pour les questions suivantes, répondez en pensant aux 3 derniers mois.

Cochez la fréquence observée	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais	Je ne sais pas
14.1 Réaction exagérée ou absence de réaction à des bruits forts ? *Ex : feux d'artifice.*	◯	◯	◯	◯	◯
14.2 Réaction exagérée à de petits bruits habituels de l'environnement ? *Ex : aspirateur, ventilateur, couvert qui tombe…*	◯	◯	◯	◯	◯
14.3 Absence de réaction aux bruits habituels ? *Ex : ne répond pas à son prénom, à la sonnerie du téléphone.*	◯	◯	◯	◯	◯
14.4 Réaction exagérée ou inhabituelle aux odeurs ? *Ex : cuisine, moteur, parfum ; porte des objets à son nez.*	◯	◯	◯	◯	◯
14.5 Attirance visuelle ou sensibilité inhabituelle à la lumière ? *Reflets, ombres, machine à laver, objets qui tournent.*	◯	◯	◯	◯	◯
14.6 Évitement inhabituel de la lumière ? *Néons, lumières fortes, clignotements, écrans…*	◯	◯	◯	◯	◯
14.7 Aversion ou évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus ? *Étiquettes de vêtements, coutures de chaussettes…*	◯	◯	◯	◯	◯
14.8 Mouvements répétitifs ? *Flapping des mains, balancements, tournoiements, marche sur la pointe des pieds. Si présent, préciser.*	◯	◯	◯	◯	◯

15 ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES ET DÉVELOPPEMENT DU JEU

15.1 A-t-il des activités régulières en dehors de l'école (sport, musique...) et à quelle fréquence ? Non ◯ Oui ◯

Si oui, préciser : _____

15.2 Participe-t-il à des jeux ou sports collectifs (extrascolaires) ? Non ◯ Oui ◯

Si oui, préciser : _____

15.3 Qu'aime-t-il faire pendant son temps libre ? (activité / jeu préféré, centres d'intérêt)

15.4 Combien de temps par jour passe-t-il devant les écrans et à quel moment de la journée ?

Les jours d'école : _____

Les mercredis et week-ends : _____

15.5 Quel type d'écran utilise-t-il et pourquoi (travail scolaire, jeux, réseaux sociaux…) ? Ex : Ordinateur pour travailler (A). Préciser Seul (S) ou avec un Adulte (A).

15.6 Fait-il ou faisait-il, plus petit, des jeux de construction avec facilité et plaisir ? Non ◯ Oui ◯

Lesquels : légos, Kaplas, puzzles, autres… _____

15.7 Peut-il ou pouvait-il construire en 3 dimensions (maison, camion) ? Non ◯ Oui ◯

15.8 Peut-il ou pouvait-il suivre seul un plan de jeu de construction de son âge ? Non ◯ Oui ◯

15.9 Aime-t-il se déguiser ? (super-héros, cow-boy, pompier, princesse) Non ◯ Oui ◯

15.10 Aime-t-il ou aimait-il jouer à des jeux d'imitation ? (dînette, docteur, vétérinaire…) Non ◯ Oui ◯

15.11 Est-il capable de jouer tout seul ? Non ◯ Oui ◯

15.12 A-t-il des centres d'intérêt restreints ou inhabituels dont il est devenu « expert » ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, préciser : _____

16 CONTRÔLE SPHINCTÉRIEN

Pour les questions suivantes, répondez en pensant aux 3 derniers mois.

Cochez la fréquence observée	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais	Je ne sais pas
16.1 Propreté urinaire — a-t-il des difficultés de propreté pour les urines (accident, se retient) ?	◯	◯	◯	◯	◯
Si oui, préciser (en journée / la nuit, port de couches) :					
Âge d'acquisition de la propreté — le jour : …… / la nuit : ……					
16.2 Propreté des selles — lui arrive-t-il de salir sa culotte (traces, accident) ?	◯	◯	◯	◯	◯
Porte-t-il des couches ?	Oui ◯ Non ◯				
Âge d'acquisition de la propreté — le jour : …… / la nuit : ……					

17 HABILETÉS ET REPÉRAGE TEMPOREL ET SPATIAL

Pour les questions suivantes, répondez en pensant aux 3 derniers mois.

Cochez la fréquence observée	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais	Je ne sais pas
17.1 Difficultés pour s'habiller seul ? *Si oui, préciser (lenteur, imprécision, inattention…).* _____	◯	◯	◯	◯	◯
17.2 Difficultés pour les boutons ou fermetures éclair ?	◯	◯	◯	◯	◯
17.3 S'il sait faire ses lacets, a-t-il des difficultés pour les réaliser ?	◯	◯	◯	◯	◯
17.4 Difficultés avec l'usage des couverts (couteau, fourchette, cuillère) ?	◯	◯	◯	◯	◯
17.5 Difficultés pour couper seul sa viande ?	◯	◯	◯	◯	◯
17.6 Utilise-t-il avec difficulté les outils scolaires (crayon, gomme, ciseaux, règle, compas) ?	◯	◯	◯	◯	◯
17.7 Difficultés pour écrire ou dessiner ? *Si oui, préciser (lenteur, mots illisibles, douleur, posture…).* _____	◯	◯	◯	◯	◯
17.8 Est-il très lent dans les gestes de la vie quotidienne ?	◯	◯	◯	◯	◯
17.9 Est-il imprécis / maladroit dans les gestes de la vie quotidienne ?	◯	◯	◯	◯	◯
17.10 Connaît-il les jours de la semaine ? *Si oui, a-t-il des difficultés à se repérer (début de semaine, week-end) ?* _____	Non ◯ Oui ◯				
17.11 Connaît-il sa droite et sa gauche ?	Non ◯ Oui ◯				

18 ATTENTES PARENTALES

18.1 Votre enfant vous met-il en difficulté ? Oui ◯ Non ◯

Qu'est-ce qui vous pose le plus de problème au quotidien ? Qu'est-ce qui vous inquiète ?

Citez les principales difficultés (comportement, émotions, agitation, autonomie, apprentissage, vie relationnelle…).

18.2 Votre enfant se plaint-il souvent de symptômes physiques (mal au ventre, à la tête, constipation…) ? Oui ◯ Non ◯

Si oui, merci de nous les préciser :