

# Anamnèse

Consultation à la demande de : .....  
Motif de la consultation : .....  
J'autorise l'orthophoniste à partager des informations avec l'équipe pédagogique : **oui / non**  
J'autorise l'orthophoniste à partager des informations avec d'autres soignants : **oui / non**  
Suivis actuels ou antérieurs : **Orthophonie** : **oui / non** (année/classe).....  
**Psychomotricité** : **oui / non** (année/classe).....  
Autre(s) (RASED, Psychologue...) : .....

## SANTÉ

**Grossesse et naissance** : **Grossesse** : normale / pathologique / alitée (préciser : .....)  
**Naissance à terme** : oui / non (préciser : .....)  
**Poids de naissance** : ..... **Périmètre crânien** : .....

**Interventions** : **Végétations** : oui / non **Autres** : .....  
**Amygdales** : oui / non .....  
**Hospitalisations** : oui / non .....

**Maladies** : **Angines** : oui / non **Rhino-pharyngites** : oui / non  
**Otitites** : oui / non **Asthme** : oui / non  
**Bronchites** : oui / non **Problèmes pulmonaires** : oui / non  
**Allergies** : oui / non (préciser : .....)  
**Autres** : .....  
.....

**Bilans complémentaires** : **Acuité visuelle** : oui / non (date : .....)  
**Acuité auditive** : oui / non (date : .....)  
**Autres bilans complémentaires** : .....

## DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

**La posture assise** : (date/âge) .....  
**Marche à 4 pattes** : (date/âge) .....  
**Marche** : (date/âge) .....  
**Propreté de jour** : (date/âge) ..... **de nuit** : (date/âge) .....

## DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE

**1ers Mots** : (date/âge) ..... **Premières Phrases** : (date/âge) .....  
**Difficultés à signaler** : .....  
.....  
.....

## AUTONOMIE

**S'habille seul (e)** : oui / non **Se lave seul(e)** : oui / non  
**Suce son pouce / sucette** : oui / non **Jouet ou peluche préféré, nécessaire pour dormir** : oui / non  
**Propre le jour** : oui / non **Propre la nuit** : oui / non

## CARACTÈRE / COMPORTEMENT

**Volontaire** : oui / non **Confiance en lui (elle)** : oui / non **Câlin/affectueux(se)** : oui / non  
**Se décourage vite** : oui / non **Rapide** : oui / non **Émotif(ve)** : oui / non  
**Anxieux(se)** : oui / non **Lent(e)** : oui / non **Sensible** : oui / non  
**Nerveux(se)** : oui / non **Ronge ses ongles** : oui / non **Jaloux(se)** : oui / non  
**Agité(e)** : oui / non **Tics** : oui / non **Raconte facilement** : oui / non  
**Calme** : oui / non **Sociable** : oui / non **Autres** : .....  
**Timide** : oui / non **Serviable** : oui / non .....

## SITUATION FAMILIALE

**Situation familiale particulière** (séparation, divorce...) : .....  
**Frères** : oui/non (prénoms / âge)..... **Sœurs (âge)** : (prénoms / âge).....  
**Chambre personnelle / partagée** : ..... **Repas en commun** : Soir / Week-end  
**Activités extra-scolaires** : oui / non (jour/heure).....  
**Activités préférées** : .....