

Questionnaire de préparation d'une consultation

Nom:

Prénom:.....

Date de naissance:.....

Date de consultation ou d'entrée :.....

A renvoyer au moins une semaine avant la consultation ou l'entrée.

Votre enfant peut-il attendre ? Votre enfant accepte-t-il que l'on discute en sa présence ? (reste-t-il calme?) Pour quelle durée ?

Votre enfant vous paraît-il sensible à la douleur ?

Comment votre enfant peut-il signaler qu'il a mal ? Quelle attitude dois-je avoir pour mieux l'aider en cas de douleur?

Comment s'exprime-t-il (en parole, avec des gestes, avec des images ou des objets, avec des mots écrits) ?

Comprend-t-il des consignes simples (souffle, lève un bras, répète, ne bouge pas ...)?

Quels sont actuellement les objets (livres, peluches, ...), jeux ou activités préférées de votre enfant?

Votre enfant a-t-il peur de certaines choses (blouses blanches, matériel médical, ...)?

Votre enfant présente-t-il des peurs inhabituelles (couleurs, textures, ...)?

Y a-t-il des réactions spécifiques (comportements) à attendre dans certaines situations (peur, longue attente, ...) ?

Votre enfant est-il sensible à une certaine routine dans la consultation ? Décrivez-la en détail.