


RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1. Après que vous ayez gribouillé sur du papier avec un crayon (ou un stylo), est-ce que votre enfant vous imite en gribouillant à son tour ? (<i>S'il gribouille déjà par lui-même, cochez « oui ».</i>)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
2. Est-ce que votre enfant peut mettre un petit morceau de pain dans une petite bouteille transparente (comme une bouteille en plastique de boisson gazeuse ou un biberon) ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
3. Est-ce que votre enfant laisse tomber plusieurs petits jouets, l'un après l'autre, dans un contenant comme un bol ou une boîte ? (<i>Vous pouvez lui montrer comment faire.</i>)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
4. Après avoir montré à votre enfant comment faire, est-ce qu'il essaie de prendre un petit jouet qui se trouve légèrement hors de sa portée à l'aide d'une cuillère, d'un bâton ou d'un autre objet semblable ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
				
5. Sans lui montrer comment faire, est-ce que votre enfant gribouille lorsque vous lui donnez un crayon (ou un stylo) ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u> *
6. Après qu'un petit morceau de pain ait été placé dans une petite bouteille transparente, est-ce que votre enfant retourne la bouteille à l'envers pour le faire sortir ? (<i>Vous pouvez lui montrer comment faire.</i>)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>

TOTAL POUR LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES 45

** Si la réponse à la question 5 sur la résolution de problèmes est « oui », cochez « oui » à la question 1 de cette série.*

APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1. Est-ce que votre enfant mange avec une cuillère même s'il renverse de la nourriture ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
2. Est-ce que votre enfant vous aide à se déshabiller en enlevant certains de ses vêtements comme des bas, des chaussettes, un chapeau, des souliers, des mitaines, ou des mouffles, etc. ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
3. Est-ce que votre enfant joue avec une poupée ou avec un animal en peluche en le serrant dans ses bras ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
4. Lorsqu'il se regarde dans un miroir, est-ce que votre enfant offre un jouet à sa propre image ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<u>0</u>
5. Est-ce que votre enfant attire votre attention ou essaie de vous montrer quelque chose en vous tirant par la main ou par vos vêtements ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>

APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES (suite)

OUI PARFOIS PAS ENCORE

6. Est-ce que votre enfant vient vous trouver quand il a besoin d'aide, par exemple, pour remonter le mécanisme d'un jouet ou dévisser le couvercle d'un pot ? 10

TOTAL POUR LES APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES 50

ÉVALUATION GLOBALE

Vous pouvez ajouter des commentaires en utilisant l'espace qui se trouve ci-dessous.

1. Est-ce que vous pensez que votre enfant entend normalement ? Sinon, veuillez expliquer : OUI NON

2. Est-ce que vous pensez que votre enfant parle comme les enfants de son âge ? Sinon, veuillez expliquer : OUI NON

3. Est-ce que vous pouvez comprendre la plupart des mots que dit votre enfant ? Sinon, veuillez expliquer : OUI NON

4. Est-ce que vous pensez que votre enfant marche, court et grimpe comme les enfants de son âge ? Sinon, veuillez expliquer : OUI NON

ÉVALUATION GLOBALE (suite)

5. Est-ce que l'un des parents a des antécédents familiaux de surdité infantile, partielle ou totale ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

6. Est-ce que vous êtes préoccupés par la vision de votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

7. Est-ce que votre enfant a eu des problèmes de santé au cours des derniers mois ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

8. Est-ce que vous êtes préoccupés par certains comportements de votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

9. Est-ce qu'il y a autre chose chez votre enfant qui vous inquiète ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

Nom de l'enfant : ANNIE M. MOREAU Date à laquelle le questionnaire est rempli : 20/9/2016
 Numéro d'identification de l'enfant : 36759111023412358 Date de naissance : 5/5/2015
 Organisme fréquenté par l'enfant : JONESTOWN CHILD CARE CENTER Est-ce que le questionnaire a été sélectionné en fonction de l'âge ajusté pour un enfant prématuré ? Oui Non

1. CALCUL ET TRANSFERT DES RÉSULTATS DANS LE TABLEAU CI-BAS : Voir l'ASQ-3 *User's Guide* (disponible en anglais seulement) pour plus de détails concernant la façon d'ajuster les résultats dans le cas de réponses manquantes. Pour chaque item, trois choix de réponses sont possibles : OUI = 10, PARFOIS = 5, PAS ENCORE = 0. Additionnez les cotes attribuées à chacun des items et notez le résultat total pour chaque domaine du développement. Dans le tableau ci-dessous, transférez les résultats totaux dans la colonne « résultat total » et noircissez le cercle correspondant aux résultats totaux.

Domaine	Pt. de coupure	Résultat total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Communication	16,81		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	●	○
Motricité globale	37,91		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Motricité fine	31,98		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Résol. de problèmes	30,51		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Apt. indiv. ou soc.	26,43		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFERT DES RÉPONSES DE L'ÉVALUATION GLOBALE : Une réponse en gras et en majuscules encadrée requiert un suivi. Voir le chapitre 6 de l'ASQ-3 *User's Guide* (disponible en anglais seulement) pour les détails.

- | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|
| 1. Audition correcte ?
Commentaires : | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON | 6. Préoccupé par la vision ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI | <input checked="" type="radio"/> Non |
| 2. Parle comme les autres enfants du même âge ?
Commentaires : | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON | 7. Problèmes de santé ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI | <input checked="" type="radio"/> Non |
| 3. Comprend la plupart de ce que l'enfant dit ?
Commentaires : | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON | 8. Préoccupé par certains comportements ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI | <input checked="" type="radio"/> Non |
| 4. Marche, court et grimpe comme les autres enfants ?
Commentaires : | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON | 9. Autres inquiétudes ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI | <input checked="" type="radio"/> Non |
| 5. Antécédents familiaux de surdité ?
Commentaires : | <input type="radio"/> OUI | <input checked="" type="radio"/> Non | | | |

3. INTERPRÉTATION ET RECOMMANDATION POUR UN SUIVI : Considérez le résultat pour chaque domaine, les réponses à l'évaluation globale et tout autre aspect, telles que les occasions de pratiquer des habiletés afin de déterminer le suivi approprié.

Si le résultat de l'enfant est dans la section , c'est-à-dire au-dessus du point de coupure, son développement semble être sur la bonne voie.

Si le résultat de l'enfant est dans la section , c'est-à-dire près du point de coupure, veuillez fournir à l'enfant des activités d'apprentissage et mettre en place un processus de surveillance.

Si le résultat de l'enfant est dans la section , c'est-à-dire au-dessous du point de coupure, une évaluation plus approfondie par un professionnel peut être nécessaire.

4. SUIVI DES ACTIONS À PRENDRE : Cochez celles qui s'appliquent.

- Fournir des activités et dépister à nouveau dans _____ mois.
- Partager les résultats avec les intervenants des services de santé.
- Référer pour un dépistage de problèmes auditifs, visuels ou comportementaux si une **réponse en gras** est encadrée à la section 2.
- Référer à des intervenants des services de santé ou autres ressources de la communauté (préciser la raison) : _____
- Référer pour une intervention précoce/éducation spécialisée en petite enfance.
- Aucune action à prendre pour le moment.
- Autre (préciser) : _____

5. OPTIONNEL : Transfert des réponses aux items (O = OUI, P = PARFOIS, PE = PAS ENCORE, X = réponse manquante).

	1	2	3	4	5	6
Communication	O	O	O	O	O	P
Motricité globale	O	P	O	O	P	PE
Motricité fine	P	O	O	O	P	PE
Résol. de problèmes	P	P	O	O	P	O
Apt. indiv. ou soc.	O	O	O	PE	O	P