

GRILLE DE REPÉRAGE – DÉPISTAGE DES TROUBLES DU LANGAGE –SIGNES D'APPEL

Ce document est à remplir par l'infirmière Asalée ou le médecin lors du bilan de dépistage des troubles du langage et il sera à joindre avec le test standardisé ERTL4.

NOM: PRÉNOM:
Date de naissance: Âge:
Nombre de frères et sœurs:
Médecin traitant: N° Tel Parents :
Questionnaire réalisé par: Date:

FACTEURS MÉDICAUX:

-Terme de grossesse: Prématurité: Oui ☐ Non ☐

-Antécédents médicaux de l'enfant (hospitalisation? maladie congénitale ? etc):

-ORL/ Ophtalmologie:

Otites à répétition Oui ☐ Non ☐

Surdité connue? Oui ☐ Non ☐ Si oui, prise en charge?

L'enfant a-t-il une respiration buccale ou nasale?

Troubles de la vision? Oui ☐ Non ☐ - Si oui, lequel et quel suivi:

-Antécédents familiaux (  pilepsie, trouble du neuro-développement, troubles d'apprentissage dans la fratrie ou les parents, problèmes auditifs ,visuels):

-Difficultés concernant le langage déjà signalées par un intervenant? Oui ☐ Non ☐

- Si Oui, prise en charge? (aides scolaires?):

- Existe-t-il un suivi au CAMPS, au SESSAD? Oui ☐ Non ☐

- Si oui, pour quelles raisons?

- A-t-il déjà vu un dentiste? Oui ☐ Non ☐

DEVELOPPEMENT:

-Sommeil:

Heure du coucher:

Difficultés d'endormissement: Oui ☐ Non ☐

Réveils nocturnes: Oui ☐ Non ☐ - Si oui, combien de fois par semaine?

-Propreté: Diurne ☐ Nocturne ☐

-Psychomoteur:

Âge de la marche:

Tenue en position assise autonome avant 9 mois : Oui ☐ Non ☐

Pince pouce-index avant 9 mois : Oui ☐ Non ☐

S'habille-t-il seul: Oui ☐ Non ☐

-Prend-il la tétine ou suce-t-il son pouce?

-Alimentation:

Cassure de la courbe de poids: Oui ☐ Non ☐

Autonome pour manger: Oui ☐ Non ☐

Difficultés avec les textures: Oui ☐ Non ☐

Sélectivité alimentaire: Oui ☐ Non ☐

-Audition: Existe-t-il une hyper/hyposensibilité au bruit? (absence de réaction au bruit ou exagération au moindre bruit) Oui ☐ Non ☐ - Si oui:

-Profil atypique:

A-t-il des mouvements répétitifs? Oui ☐ Non ☐

(ex: battement des mains, balancement, tournoiement, déambulation)

Évite-t-il le toucher/ les gestes tactiles? Oui ☐ Non ☐

Tous types de vêtements supportés/ port d'étiquettes? Oui ☐ Non ☐

FACTEURS SOCIAUX, MODE DE VIE, COMPORTEMENT:

-Quelle(s) langue(s) parlée(s) à la maison?

-Mode de garde: ☐ Crèche ☐ Périscolaire ☐ Exclusivement à domicile

-Famille recomposée: Oui ☐ Non ☐ - Famille d'accueil/foyer: Oui ☐ Non ☐

-Parents en conflit éducatif: Oui ☐ Non ☐

-Absentéisme scolaire répété: Oui ☐ Non ☐

-Écoles multiples /Déménagements fréquents: Oui ☐ Non ☐

-Trouble d'attention/concentration à l'école, à la maison? Oui ☐ Non ☐

(oubli d'affaire, se laisse distraire facilement, passe vite d'une activité à une autre..... *surveiller si concentration pendant le bilan*)

-Comportement d'hyperactivité:

Toujours en mouvement, ne peut rester assis à table: Oui ☐ Non ☐

Se précipite sans attendre son tour ou sans écouter la consigne: Oui ☐ Non ☐

-Intolérance à la contrariété: Oui ☐ Non ☐ - Comportement bagarreur: Oui ☐ Non ☐

-Activités d'extérieur: Oui ☐ Non ☐ - si oui:

-Activités à domicile:

Histoire racontée le soir: Oui ☐ Non ☐

Jeux de société: Oui ☐ Non ☐

-Contact avec d'autres enfants: Oui ☐ Non ☐

-Joue-t-il seul? Oui ☐ Non ☐

-Temps passé sur les écrans (nbr d'heures hebdomadaire):

LANGAGE:

-Sait-il imiter, faire semblant? Jeux imaginatifs? Oui ☐ Non ☐

-Fait-il des phrases en commençant par «je»? Oui ☐ Non ☐

-Syntaxe:

Fait-il des phrases simples sujet-verbe-complément? Oui ☐ Non ☐

Est-il capable de conjuguer les verbes? Oui ☐ Non ☐

(ex: «Papa est parti dehors.»)

-Lexique: vocabulaire diversifié? Oui ☐ Non ☐

-Comprend-il les consignes simples? Oui ☐ Non ☐

-Phrases intelligibles par l'entourage en dehors du cercle familial? Oui ☐ Non ☐

-Interagit-il avec d'autres enfants, avec d'autres personnes que son cercle familial? Oui ☐ Non ☐

Ou au contraire mutisme? Oui ☐ Non ☐

-Présente-t-il un bégaiement? Oui ☐ Non ☐

Si oui: **Prise en charge urgente**

Commentaire libre :