

## 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 (bonne adaptation néonatale ? 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 (épilepsie, trouble du neuro-développement, troubles d'apprentissage dans la fratrie ou les parents, problèmes auditifs ,visuels):

-Antécédents scolaires de l'enfant et des parents (difficultés déjà notifiées?) :

-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, au CMP ou à la PMI ? 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

Diversification alimentaire : 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)

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

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

Investissement dans les jeux : *Observation de l'enfant pendant la consultation s'il joue ou demander aux parents*

Exploration inhabituelle ? (utilise un objet pour une autre fonction, ex : utilise un peigne comme un couteau) Oui  Non  Ne sait pas

Alignement des objets sans jouer ? Oui  Non  Ne sait pas

## **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**

Les parents présent-ils une inquiétude vis-à-vis du développement de leur enfant ?

Oui  Non

Commentaire libre :

