

Nom du bénéficiaire: _____ Date de naissance _____

Nome de la personne qui remplit le questionnaire: _____

Lien avec le bénéficiaire: _____ Téléphone: _____ Date: _____

Inventaire HANDLE® des bases d'apprentissage **Questionnaire initial d'admission**

A remplir par 1) le bénéficiaire, son(ses) parents ou le(s) thérapeute(s) principal(aux) et/ou 2) l'enseignant du bénéficiaire, ou la personne qui nous adresse le bénéficiaire.

Dans la liste ci-dessous, encerclez le nombre qui représente la fréquence avec laquelle le bénéficiaire manifeste ou a expérimenté les caractéristiques énoncées. (Sur une échelle de 1 à 10, 1 représente *jamais* et 10 représente *toujours*). Notez également si cette caractéristique était aussi présente dans le passé, le cas échéant, indiquez l'(les) âge(s) au(x)quel(s) le bénéficiaire a montré ces caractéristiques. Utilisez si besoin des feuilles de note supplémentaires pour vos commentaires.

Vêtements	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. Semble être gêné(e) par les vêtements en général	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. Est gêné(e) par les étiquettes des chemises	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. Est gêné(e) par les coutures des chaussettes	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. N'aime pas les tissus rigides	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. Porte des manches longues ou ne retire pas sa veste	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. Refuse de porter des tissus synthétiques	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Mouvement	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. Souffre du mal des transports en général	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. S'endort dans les véhicules en mouvement	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. N'aime pas les manèges et les balançoires	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. Veut continuer à tourner, à se balancer	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. Se livre à des activités de saut	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. Évite les mouvements	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Court plutôt qu'il(elle) ne marche	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Heurte les choses/les gens en marchant	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
9. Incline/renverse souvent la tête	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
10. Manifeste des problèmes d'équilibre	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
11. Entrepren de se cogner la tête, d'agiter les mains etc.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
12. Marche fréquemment sur la pointe des pieds	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
13. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Nourriture	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. Est un mangeur difficile en général	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. N'aime pas les aliments mous	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. N'aime pas les aliments ou les boissons en raison de leur texture	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. N'aime pas les mélanges de textures dans les aliments.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. N'aime pas la plupart des légumes	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. Mange beaucoup de bonbons	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Mange beaucoup de sel	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Mange beaucoup de margarine, mayonnaise,	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

fritures			
9. Boit beaucoup de coca, café, thé ordinaire	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
10. Mange beaucoup de chocolat	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
11. Prend beaucoup de lait, de yahourts	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
12. Boit au moins 4 verres d'eau par jour	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
13. Prend des suppléments alimentaires (merci d'en joindre la liste)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
14. A des allergies alimentaires	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
15. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

©2000 Judith Bluestone

Lumières	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. Est gêné par la lumière en général	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. Ne semble pas gêné par les lumières dans les supermarchés	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. Semble gêné par les éclairages fluorescents	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. Veut porter des casquettes avec visière	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. Joue sous les tables, dans des "tentes"	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. Préfère les lumières intenses aux lumières faibles	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Eternue dès qu'il arrive en plein soleil	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Toilette	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. Semble mal à l'aise dans l'eau	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. Se fâche lorsque l'on doit lui laver les cheveux	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. Devient hystérique lorsqu'on lui lave les cheveux	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. Est extrêmement gêné par les vêtements mouillés	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. Semble mal à l'aise lorsqu'il(elle) est sale, couvert(e) de sable etc.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. Ne semble pas remarquer la nourriture sur son visage	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Se plaint lorsqu'on lui lave le visage	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Se plaint lorsqu'on lui coiffe/brosse les cheveux	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
9. Se plaint lorsqu'on lui coupe les ongles	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
10. Se plaint lorsqu'on lui coupe les cheveux	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
11. Se plaint du brossage de dents.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
12. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Toucher humain / contact	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. N'aime pas le contact physique	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. Recherche les contacts soutenus/ les enlacements / la compression	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. Est chatouilleux	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. Tape, pousse, donne des coups de pieds aux autres	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. A du mal à arrêter un jeu de chahut	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. A besoin de s'asseoir sur les autres ou de se blottir contre eux	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Se plaint de la douleur (chutes, coupures, etc.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Ne maintient pas de contact visuel	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
9. N'est pas conscient(e) de la communication non verbale	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
20. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Sons	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
-------------	--	---------------------------	---------------------

1. Est gêné(e) par le son en général	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. Est gêné(e) par les sons aigus	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. Est gêné(e) par les sons forts	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. Est effrayé(e) par les sons inattendus	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. Parle fort	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. Fredonne ou émet un bruit de fond	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Ignore une conversation ou des instructions	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
20. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Odeurs	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. Est gêné(e) par les odeurs fortes	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. Approche la nourriture de son nez pour la sentir avant de goûter	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. Sent la plupart des objets	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. Sent les cheveux et les vêtements des gens	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. Est gêné(e) par les odeurs de cuisine ou dans une cantine	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. Semble insensible aux odeurs en général	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. A le nez bouché et respire par la bouche	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Sommeil	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. A besoin d'être bercé(e) pour s'endormir	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. A du mal à marcher ou manger au réveil	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. A du mal à s'endormir en général	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. A du mal à s'endormir lorsqu'il y a un bruit de fond	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. A du mal à dormir avec la lumière allumée	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. A besoin de musique ou autre enregistrement pour s'endormir	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. A du mal à s'endormir dans le noir	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Se réveille fréquemment dans la nuit (Raison?)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
9. Tombe de son lit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
10. Bouge beaucoup durant son sommeil	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
11. Est somnambule	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
12. A besoin d'autres personnes dans son lit pour dormir	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
13. N'aime pas être convert(e) dans son lit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
14. Grince des dents la nuit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
15. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Facteurs de santé	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. A de nombreuses allergies qui affectent sa respiration	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
2. A de nombreuses allergies qui lui causent des rougeurs etc	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
3. Souffre de maux de tête	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
4. A une décoloration visible sous l'oeil	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
5. Plisse ou cligne souvent des yeux	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
6. Se frotte souvent les yeux ou a les yeux rouges	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
7. Souffre d'otites	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
8. Souffre de fièvres élevées	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
9. Souffre de problèmes de sinus	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
10. A des problèmes de dentition ou d'orthodontie	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
11. A des troubles de la digestion	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
12. A des difficultés à contrôler sa vessie ou ses intestins	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
13. A une maladie grave ou chronique	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	

14. A des accidents graves ou fréquents	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	yes / no	
15. Prend des médicaments	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
16. A des réactions inhabituelles aux vaccinations	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
17. A des problèmes métaboliques	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
18. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
19. A eu une expérience prénatale difficile	n/a	oui / non	Merci de joindre une explication
20. A vécu une naissance difficile	n/a	oui / non	Merci de joindre une explication

Étapes développementales	Présent Fréquence / Intensité	Problème passé	Commentaires
1. Difficulté / retard pour têter	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. Difficulté / retard pour se retourner	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. Difficulté / retard pour s'asseoir, se mettre debout	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. Difficulté / retard de bilatéralité des gestes (passer un objet d'une main à une autre)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. Difficulté / retard pour ramper	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. Difficulté / retard pour marcher	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Difficulté / retard pour parler	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Difficulté / retard pour s'habiller	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
9. Difficulté / retard pour manger seul	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
10. Difficulté / retard pour monter ou descendre les escaliers	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
11. Difficulté / retard pour dessiner ou écrire	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
12. Difficulté / retard pour lire	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
13. Difficulté / retard pour fixer la main dominante (latéralité)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
14. Difficulté / retard pour les jeux de ballon	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
15. Difficulté / retard dans les activités rythmiques	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
16. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Passer-temps, Problèmes particuliers, Talents	Niveau actuel d'intérêt/ fréquence	Intérêt passé	Commentaires
1. Ecouter de la musique	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. Pratiquer la musique (vocal ou instrumental?)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
3. Lire ou écouter des histoires	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. Regarder des vidéos ou la télévision	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. Jeux vidéos	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. Pratiquer des sports (merci de les énumérer)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Regarder des activités sportives	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Randonnée	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
9. Jeux d'imagination	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
10. Cyclisme	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
11. Sports nautiques	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
12. Arts martiaux	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
13. Danse	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
14. Ecriture	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
15. Dessin ou autres arts plastiques	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
16. Activité de groupe	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
17. Activité solitaire	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
18. Jouer avec un ou deux bons amis	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
19. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
20. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Attention	Niveau actuel de la difficulté/ fréquence	Problème passé	Commentaires
1. A des difficultés d'attention à l'école	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
2. A du mal à accomplir les tâches	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

3. A du mal à accepter les changements/transitions	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
4. A du mal à rester assis à la maison/à l'école	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
5. A du mal à suivre les instructions	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
6. A du mal à s'occuper de/ranger ses affaires personnelles	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
7. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	
8. Autre _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	oui / non	

Problèmes éducatifs précis:

Problèmes sociaux précis:

Observations supplémentaires:

Bénéficiaire # _____

Vu par _____ Date _____
(Praticien HANDLE®)