



SWYC™

2 mois

1 mois, 0 jour à 3 mois, 31 jours

V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. **VEILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.**

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle émet des sons qui vous indiquent qu'il/elle est heureux(se) ou contrarié(e)	0	1	2
Il/elle semble heureux(se) de vous voir	0	1	2
Il/elle suit des yeux un jouet en mouvement	0	1	2
Il/elle tourne la tête pour trouver la personne qui parle	0	1	2
Il/elle maintient la tête stable lorsqu'il/elle se fait placer en position assise	0	1	2
Il/elle joint ses mains	0	1	2
Il/elle rit	0	1	2
Il/elle maintient la tête stable lorsqu'il/elle est tenu(e) en position assise	0	1	2
Il/elle émet des sons tels que « ga », « ma » ou « ba »	0	1	2
Il/elle regarde lorsque vous l'appellez par son nom	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES DU BÉBÉ (BABY PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, BPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise avec de nouvelles personnes ?	0	1	2
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle peur d'être tenu(e) par d'autres personnes ?	0	1	2
Votre enfant pleure-t-il/elle beaucoup ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ?	0	1	2
Est-il difficile de reconforter votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire endormir votre enfant ?	0	1	2
Avez-vous du mal à dormir suffisamment à cause de votre enfant ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ?	0	1	2

PRÉOCCUPATIONS DES PARENTS

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Avez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentissage ou du développement de votre enfant ?	0	0	0
Avez-vous des préoccupations au sujet du comportement de votre enfant ?	0	0	0

QUESTIONS RELATIVES À LA FAMILLE

Parce que les membres de la famille peuvent avoir un impact important sur le développement de votre enfant, nous vous prions de répondre ci-dessous à quelques questions sur votre famille :

	Oui	Non					
1 Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeur de tabac ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
2 Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de l'alcool ou des drogues de manière excessive ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
3 Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire votre consommation d'alcool ou de drogues au cours de l'année écoulée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
4 Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de votre famille ont-elles déjà eu un effet néfaste sur votre enfant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	Jamais	Parfois	Souvent				
5 Au cours des 12 derniers mois, nous nous sommes préoccupés de l'éventualité d'épuiser nos réserves de nourriture avant d'avoir assez d'argent pour en acheter de nouveau.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
6 De manière générale, comment décririez-vous votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e) ?	Sans tension <input type="radio"/>	Un peu tendue <input type="radio"/>	Très tendue <input type="radio"/>	Non applicable <input type="radio"/>			
7 Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends :	Sans difficulté <input type="radio"/>	Avec un peu de difficulté <input type="radio"/>	Avec beaucoup de difficultés <input type="radio"/>	Non applicable <input type="radio"/>			
8 Au cours de la semaine dernière, combien de jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la lecture à votre enfant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CHANGEMENTS ÉMOTIONNELS AVEC UN NOUVEAU BÉBÉ**

Comme vous avez un nouveau bébé dans votre famille, nous aimerions savoir comment vous vous sentez maintenant. Veuillez cocher la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, et pas seulement de ce que vous ressentez aujourd'hui.

Au cours des sept derniers jours...

1 J'ai pu rire et voir le côté drôle des choses

- Comme je l'ai toujours fait Plus autant maintenant Certainement pas autant maintenant Pas du tout

2 J'ai attendu avec plaisir les choses

- Autant que je l'ai toujours fait Plutôt un peu moins que d'habitude Certainement moins que d'habitude Presque pas du tout

3* Je me suis blâmé inutilement lorsque les choses ont mal tourné

- Oui, la plupart du temps Oui, de temps en temps Pas très souvent Non, jamais

4 J'ai été anxieux(euse) ou inquiet(ète) sans raison valable

- Non, pas du tout Presque jamais Oui, parfois Oui, très souvent

5* J'ai eu peur ou j'ai paniqué sans raison valable

- Oui, très souvent Oui, parfois Non, pas beaucoup Non, pas du tout

6* J'ai été dépassé(e) par la situation

- Oui, la plupart du temps, je n'ai pas pu y faire face du tout. Oui, parfois je n'ai pas réussi à y faire face aussi bien que d'habitude. Non, la plupart du temps, je m'en suis bien sorti. Non, je m'en suis sorti(e) aussi bien que d'habitude.

7* J'ai été si malheureux(euse) que j'ai eu du mal à dormir

- Oui, la plupart du temps Oui, parfois Pas très souvent Non, pas du tout

8* Je me suis senti(e) triste ou malheureux(euse)

- Oui, la plupart du temps Oui, assez souvent Pas très souvent Non, pas du tout

9* J'ai été si malheureux(euse) que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps Oui, assez souvent Seulement de temps en temps Non, jamais

10* L'idée de me faire du mal m'est venue à l'esprit

- Oui, assez souvent Oui, parfois Presque jamais Non, jamais

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Une autorisation écrite doit être obtenue du Royal College of Psychiatrists pour la copie et la distribution à d'autres personnes ou pour la republication (sur papier, en ligne ou par tout autre moyen).



SWYC:™

4 mois

4 mois, 0 jour à 5 mois, 31 jours

V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEUILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle maintient la tête stable lorsqu'il/elle se fait placer en position assise	0	1	2
Il/elle joint ses mains	0	1	2
Il/elle rit	0	1	2
Il/elle maintient la tête stable lorsqu'il/elle est tenu(e) en position assise	0	1	2
Il/elle émet des sons tels que « ga », « ma » ou « ba »	0	1	2
Il/elle regarde lorsque vous l'appellez par son nom	0	1	2
Il/elle se retourne en roulant	0	1	2
Il/elle passe son jouet d'une main à l'autre	0	1	2
Il/elle recherche votre présence ou celle d'un autre aidant lorsqu'il/elle est contrarié(e)	0	1	2
Il/elle tient deux objets et les frappe l'un contre l'autre	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES DU BÉBÉ (BABY PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, BPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise avec de nouvelles personnes ?	0	1	2
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle peur d'être tenu(e) par d'autres personnes ?	0	1	2
Votre enfant pleure-t-il/elle beaucoup ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ?	0	1	2
Est-il difficile de reconforter votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire endormir votre enfant ?	0	1	2
Avez-vous du mal à dormir suffisamment à cause de votre enfant ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ?	0	1	2

PRÉOCCUPATIONS DES PARENTS

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Avez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentissage ou du développement de votre enfant ?	0	1	2
Avez-vous des préoccupations au sujet du comportement de votre enfant ?	0	1	2

QUESTIONS RELATIVES À LA FAMILLE

Parce que les membres de la famille peuvent avoir un impact important sur le développement de votre enfant, nous vous prions de répondre ci-dessous à quelques questions sur votre famille :

	Oui	Non					
1 Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeur de tabac ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
2 Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de l'alcool ou des drogues de manière excessive ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
3 Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire votre consommation d'alcool ou de drogues au cours de l'année écoulée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
4 Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de votre famille ont-elles déjà eu un effet néfaste sur votre enfant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	Jamais	Parfois	Souvent				
5 Au cours des 12 derniers mois, nous nous sommes préoccupés de l'éventualité d'épuiser nos réserves de nourriture avant d'avoir assez d'argent pour en acheter de nouveau.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
6 De manière générale, comment décririez-vous votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e) ?	Sans tension <input type="radio"/>	Un peu tendue <input type="radio"/>	Très tendue <input type="radio"/>	Non applicable <input type="radio"/>			
7 Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends :	Sans difficulté <input type="radio"/>	Avec un peu de difficulté <input type="radio"/>	Avec beaucoup de difficultés <input type="radio"/>	Non applicable <input type="radio"/>			
8 Au cours de la semaine dernière, combien de jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la lecture à votre enfant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CHANGEMENTS ÉMOTIONNELS AVEC UN NOUVEAU BÉBÉ**

Comme vous avez un nouveau bébé dans votre famille, nous aimerions savoir comment vous vous sentez maintenant. Veuillez cocher la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, et pas seulement de ce que vous ressentez aujourd'hui.

Au cours des sept derniers jours...

1 J'ai pu rire et voir le côté drôle des choses

- Comme je l'ai toujours fait Plus autant maintenant Certainement pas autant maintenant Pas du tout

2 J'ai attendu avec plaisir les choses

- Autant que je l'ai toujours fait Plutôt un peu moins que d'habitude Certainement moins que d'habitude Presque pas du tout

3* Je me suis blâmé inutilement lorsque les choses ont mal tourné

- Oui, la plupart du temps Oui, de temps en temps Pas très souvent Non, jamais

4 J'ai été anxieux(euse) ou inquiet(ète) sans raison valable

- Non, pas du tout Presque jamais Oui, parfois Oui, très souvent

5* J'ai eu peur ou j'ai paniqué sans raison valable

- Oui, très souvent Oui, parfois Non, pas beaucoup Non, pas du tout

6* J'ai été dépassé(e) par la situation

- Oui, la plupart du temps, je n'ai pas pu y faire face du tout. Oui, parfois je n'ai pas réussi à y faire face aussi bien que d'habitude. Non, la plupart du temps, je m'en suis bien sorti. Non, je m'en suis sorti(e) aussi bien que d'habitude.

7* J'ai été si malheureux(euse) que j'ai eu du mal à dormir

- Oui, la plupart du temps Oui, parfois Pas très souvent Non, pas du tout

8* Je me suis senti(e) triste ou malheureux(euse)

- Oui, la plupart du temps Oui, assez souvent Pas très souvent Non, pas du tout

9* J'ai été si malheureux(euse) que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps Oui, assez souvent Seulement de temps en temps Non, jamais

10* L'idée de me faire du mal m'est venue à l'esprit

- Oui, assez souvent Oui, parfois Presque jamais Non, jamais

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Une autorisation écrite doit être obtenue du Royal College of Psychiatrists pour la copie et la distribution à d'autres personnes ou pour la republication (sur papier, en ligne ou par tout autre moyen).



SWYC:™

6 mois

6 mois, 0 jour à 8 mois, 31 jours

V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle émet des sons tels que « ga », « ma » ou « ba »	0	1	2
Il/elle regarde lorsque vous l'appellez par son nom	0	1	2
Il/elle se retourne en roulant	0	1	2
Il/elle passe son jouet d'une main à l'autre	0	1	2
Il/elle recherche votre présence ou celle d'un autre aidant lorsqu'il/elle est contrarié(e)	0	1	2
Il/elle tient deux objets et les frappe l'un contre l'autre	0	1	2
Il/elle lève les bras pour qu'on le/la porte	0	1	2
Il/elle se met tout seul(e) en position assise	0	1	2
Il/elle ramasse la nourriture et la mange	0	1	2
Il/elle se sert de quelque chose pour l'aider à se mettre debout	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES DU BÉBÉ (BABY PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, BPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise avec de nouvelles personnes ?	0	1	2
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle peur d'être tenu(e) par d'autres personnes ?	0	1	2
Votre enfant pleure-t-il/elle beaucoup ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ?	0	1	2
Est-il difficile de reconforter votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire endormir votre enfant ?	0	1	2
Avez-vous du mal à dormir suffisamment à cause de votre enfant ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ?	0	1	2

PRÉOCCUPATIONS DES PARENTS

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Avez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentissage ou du développement de votre enfant ?	0	1	2
Avez-vous des préoccupations au sujet du comportement de votre enfant ?	0	1	2

QUESTIONS RELATIVES À LA FAMILLE

Parce que les membres de la famille peuvent avoir un impact important sur le développement de votre enfant, nous vous prions de répondre ci-dessous à quelques questions sur votre famille :

	Oui	Non						
1 Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeur de tabac ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
2 Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de l'alcool ou des drogues de manière excessive ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
3 Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire votre consommation d'alcool ou de drogues au cours de l'année écoulée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
4 Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de votre famille ont-elles déjà eu un effet néfaste sur votre enfant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
	Jamais	Parfois	Souvent					
5 Au cours des 12 derniers mois, nous nous sommes préoccupés de l'éventualité d'épuiser nos réserves de nourriture avant d'avoir assez d'argent pour en acheter de nouveau.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
6 De manière générale, comment décririez-vous votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e) ?	Sans tension <input type="radio"/>	Un peu tendue <input type="radio"/>	Très tendue <input type="radio"/>	Non applicable <input type="radio"/>				
7 Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends :	Sans difficulté <input type="radio"/>	Avec un peu de difficulté <input type="radio"/>	Avec beaucoup de difficultés <input type="radio"/>	Non applicable <input type="radio"/>				
8 Au cours de la semaine dernière, combien de jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la lecture à votre enfant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CHANGEMENTS ÉMOTIONNELS AVEC UN NOUVEAU BÉBÉ**

Comme vous avez un nouveau bébé dans votre famille, nous aimerions savoir comment vous vous sentez maintenant. Veuillez cocher la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, et pas seulement de ce que vous ressentez aujourd'hui.

Au cours des sept derniers jours...

1 J'ai pu rire et voir le côté drôle des choses
<input type="radio"/> Comme je l'ai toujours fait <input type="radio"/> Plus autant maintenant <input type="radio"/> Certainement pas autant maintenant <input type="radio"/> Pas du tout
2 J'ai attendu avec plaisir les choses
<input type="radio"/> Autant que je l'ai toujours fait <input type="radio"/> Plutôt un peu moins que d'habitude <input type="radio"/> Certainement moins que d'habitude <input type="radio"/> Presque pas du tout
3* Je me suis blâmé inutilement lorsque les choses ont mal tourné
<input type="radio"/> Oui, la plupart du temps <input type="radio"/> Oui, de temps en temps <input type="radio"/> Pas très souvent <input type="radio"/> Non, jamais
4 J'ai été anxieux(euse) ou inquiet(ète) sans raison valable
<input type="radio"/> Non, pas du tout <input type="radio"/> Presque jamais <input type="radio"/> Oui, parfois <input type="radio"/> Oui, très souvent
5* J'ai eu peur ou j'ai paniqué sans raison valable
<input type="radio"/> Oui, très souvent <input type="radio"/> Oui, parfois <input type="radio"/> Non, pas beaucoup <input type="radio"/> Non, pas du tout
6* J'ai été dépassé(e) par la situation
<input type="radio"/> Oui, la plupart du temps, je n'ai pas pu y faire face du tout. <input type="radio"/> Oui, parfois je n'ai pas réussi à y faire face aussi bien que d'habitude. <input type="radio"/> Non, la plupart du temps, je m'en suis bien sorti. <input type="radio"/> Non, je m'en suis sorti(e) aussi bien que d'habitude.
7* J'ai été si malheureux(euse) que j'ai eu du mal à dormir
<input type="radio"/> Oui, la plupart du temps <input type="radio"/> Oui, parfois <input type="radio"/> Pas très souvent <input type="radio"/> Non, pas du tout
8* Je me suis senti(e) triste ou malheureux(euse)
<input type="radio"/> Oui, la plupart du temps <input type="radio"/> Oui, assez souvent <input type="radio"/> Pas très souvent <input type="radio"/> Non, pas du tout
9* J'ai été si malheureux(euse) que j'en ai pleuré
<input type="radio"/> Oui, la plupart du temps <input type="radio"/> Oui, assez souvent <input type="radio"/> Seulement de temps en temps <input type="radio"/> Non, jamais
10* L'idée de me faire du mal m'est venue à l'esprit
<input type="radio"/> Oui, assez souvent <input type="radio"/> Oui, parfois <input type="radio"/> Presque jamais <input type="radio"/> Non, jamais

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Une autorisation écrite doit être obtenue du Royal College of Psychiatrists pour la copie et la distribution à d'autres personnes ou pour la republication (sur papier, en ligne ou par tout autre moyen).



SWYC:TM

9 mois

9 mois, 0 jour à 11 mois, 31 jours

V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches.

VEILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle lève les bras pour qu'on le/la porte	0	1	2
Il/elle se met tout seul(e) en position assise	0	1	2
Il/elle ramasse la nourriture et la mange	0	1	2
Il/elle se sert de quelque chose pour l'aider à se mettre debout	0	1	2
Joue à des jeux comme coucou-caché ou « trois petits chats »	0	1	2
Il/elle vous appelle « mama » ou « papa » ou un autre nom similaire	0	1	2
Il/elle regarde autour de lui/d'elle lorsque vous lui posez les questions telles que « Où est ton biberon ? » ou « Où est ton doudou ? »	0	1	2
Il/elle copie les sons que vous produisez	0	1	2
Il/elle traverse une pièce sans aide	0	1	2
Il/elle obéit aux instructions telles que « Viens ici » ou « Donne-moi le ballon »	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES DU BÉBÉ (BABY PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, BPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise avec de nouvelles personnes ?	0	1	2
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle peur d'être tenu(e) par d'autres personnes ?	0	1	2
Votre enfant pleure-t-il/elle beaucoup ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ?	0	1	2
Est-il difficile de reconforter votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire endormir votre enfant ?	0	1	2
Avez-vous du mal à dormir suffisamment à cause de votre enfant ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ?	0	1	2



SWYC:TM 12 mois

12 mois, 0 jour à 14 mois, 31 jours
V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle ramasse la nourriture et la mange	0	1	0
Il/elle se sert de quelque chose pour l'aider à se mettre debout . . .	0	1	0
Il/elle joue à des jeux comme coucou-caché ou « trois petits chats » .	0	1	0
Il/elle vous appelle « mama » ou « papa » ou un autre nom similaire .	0	1	0
Il/elle regarde autour de lui lorsque vous lui posez les questions telles que « Où est ton biberon ? » ou « Où est ton doudou ? »	0	1	0
Il/elle copie les sons que vous produisez	0	1	0
Il/elle traverse une pièce sans aide	0	1	0
Il/elle obéit aux instructions telles que « Viens ici » ou « Donne-moi le ballon »	0	1	0
Il/elle court	0	1	0
Il/elle monte les escaliers en se faisant aider	0	1	0

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES DU BÉBÉ (BABY PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, BPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise avec de nouvelles personnes ? .	0	1	2
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits ? .	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle peur d'être tenu(e) par d'autres personnes ? . .	0	1	2
Votre enfant pleure-t-il/elle beaucoup ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ?	0	1	2
Est-il difficile de reconforter votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ? .	0	1	2
Est-il difficile de faire endormir votre enfant ?	0	1	2
Avez-vous du mal à dormir suffisamment à cause de votre enfant ? . .	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ?	0	1	2

© 2010, Tufts Medical Center, Inc. Tous droits réservés. French 08/22



SWYC:™ 15 mois

15 mois, 0 jour à 17 mois, 31 jours
V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle vous appelle « mama » ou « papa » ou un autre nom similaire .	0	1	2
Il/elle regarde autour de lui lorsque vous lui posez les questions telles que « Où est ton biberon ? » ou « Où est ton doudou ? »	0	1	2
Il/elle copie les sons que vous produisez	0	1	2
Il/elle traverse une pièce sans aide	0	1	2
Il/elle obéit aux instructions telles que « Viens ici » ou « Donne-moi le ballon »	0	1	2
Il/elle court	0	1	2
Il/elle monte les escaliers en se faisant aider	0	1	2
Il/elle tape dans un ballon	0	1	2
Il/elle nomme au moins 5 objets familiers - comme le ballon ou le lait. .	0	1	2
Il/elle nomme au moins 5 parties du corps, comme le nez, la main ou le ventre	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES DU BÉBÉ (BABY PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, BPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise avec de nouvelles personnes ? .	0	1	2
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits ? .	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle peur d'être tenu(e) par d'autres personnes ? . .	0	1	2
Votre enfant pleure-t-il/elle beaucoup ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ?	0	1	2
Est-il difficile de reconforter votre enfant ?	0	1	2
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ? .	0	1	2
Est-il difficile de faire endormir votre enfant ?	0	1	2
Avez-vous du mal à dormir suffisamment à cause de votre enfant ? . .	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ?	0	1	2

© 2010, Tufts Medical Center, Inc. Tous droits réservés. French 08/22



SWYC:™ 18 mois

18 mois, 0 jour à 22 mois, 31 jours
V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle court	0	1	2
Il/elle monte les escaliers en se faisant aider	0	1	2
Il/elle tape dans un ballon	0	1	2
Il/elle nomme au moins 5 objets familiers - comme le ballon ou le lait.	0	1	2
Il/elle nomme au moins 5 parties du corps, comme le nez, la main ou le ventre	0	1	2
Il/elle grimpe sur une échelle dans une aire de jeux	0	1	2
Il/elle utilise des mots comme « moi » ou « mon »	0	1	2
Il/elle saute les deux pieds ensemble en l'air	0	1	2
Il/elle associe deux mots ou plus, comme « plus d'eau » ou « va dehors »	0	1	2
Il/elle se sert de mots pour demander de l'aide	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES EN MATERNELLE (PRESCHOOL PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, PPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant...			
Semble-t-il/elle nerveux(se) ou effrayé(e) ?	0	1	2
Semble-t-il/elle triste ou malheureux(se) ?	0	1	2
S'énervé-t-il/elle si les choses ne sont pas faites d'une certaine manière ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à jouer avec d'autres enfants ?	0	1	2
Casse-t-il/elle des choses exprès ?	0	1	2
Se bat-il/elle avec d'autres enfants ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à être attentif ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se concentrer sur une activité ?	0	1	2
Votre enfant...			
Est-il/elle agressif(ve) ?	0	1	2
Est-il/elle agité(e) ou incapable de rester assis(e) ?	0	1	2
Est-il/elle en colère ?	0	1	2
Est-il difficile de...			
Sortir votre enfant en public ?	0	1	2
Réconforter votre enfant ?	0	1	2
Connaître les besoins de votre enfant ?	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant respecte un horaire ou un rituel ?	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant vous obéisse ?	0	1	2



SWYC:TM 24 mois

23 mois, 0 jour à 28 mois, 31 jours
V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEUILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle nomme au moins 5 parties du corps, comme le nez, la main ou le ventre	0	1	2
Il/elle grimpe sur une échelle dans une aire de jeux	0	1	2
Il/elle utilise des mots comme « moi » ou « mon »	0	1	2
Il/elle saute les deux pieds ensemble en l'air	0	1	2
Il/elle associe deux mots ou plus, comme « plus d'eau » ou « va dehors » .	0	1	2
Il/elle se sert de mots pour demander de l'aide	0	1	2
Il/elle nomme au moins une couleur	0	1	2
Il/elle essaie de vous amener à regarder en disant « Regarde-moi » . .	0	1	2
Il/elle dit son prénom lorsqu'on le lui demande	0	1	2
Il/elle trace des lignes	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES EN MATERNELLE (PRESCHOOL PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, PPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant...			
Sembler-il/elle nerveux(se) ou effrayé(e) ?	0	1	2
Sembler-il/elle triste ou malheureux(se) ?	0	1	2
S'énervier-il/elle si les choses ne sont pas faites d'une certaine manière ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à jouer avec d'autres enfants ?	0	1	2
Casse-t-il/elle des choses exprès ?	0	1	2
Se bat-il/elle avec d'autres enfants ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à être attentif ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se concentrer sur une activité ?	0	1	2
Votre enfant...			
Est-il/elle agressif(ve) ?	0	1	2
Est-il/elle agité(e) ou incapable de rester assis(e) ?	0	1	2
Est-il/elle en colère ?	0	1	2
Est-il difficile de...			
Sortir votre enfant en public ?	0	1	2
Réconforter votre enfant ?	0	1	2
Connaître les besoins de votre enfant ?	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant respecte un horaire ou un rituel ? .	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant vous obéisse ?	0	1	2



SWYC:TM

30 mois

29 mois, 0 jour à 34 mois, 31 jours
V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEUILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle nomme au moins une couleur	0	1	2
Il/elle essaie de vous amener à regarder en disant « Regarde-moi »	0	1	2
Il/elle dit son prénom lorsqu'on le lui demande	0	1	2
Il/elle trace des lignes	0	1	2
Il/elle parle la plupart du temps de manière à être compris par les autres	0	1	2
Il/elle se lave et se sèche les mains sans avoir besoin d'aide (même lorsque vous ouvrez le robinet)	0	1	2
Il/elle pose des questions commençant par « pourquoi » ou « comment ». Par exemple : « pourquoi aucun biscuit ? »	0	1	2
Il/elle explique les raisons des choses, par exemple le besoin d'un pull quand il fait froid	0	1	2
Il/elle compare des objets - en utilisant des mots comme « plus grand » ou « plus court »	0	1	2
Répond aux questions telles que « Que fais-tu quand tu as froid ? » ou « ... quand tu as sommeil ? »	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES EN MATERNELLE (PRESCHOOL PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, PPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant... Semble-t-il/elle nerveux(se) ou effrayé(e) ?	0	1	2
Sembler-t-il/elle triste ou malheureux(se) ?	0	1	2
S'énerve-t-il/elle si les choses ne sont pas faites d'une certaine manière ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à jouer avec d'autres enfants ?	0	1	2
Casse-t-il/elle des choses exprès ?	0	1	2
Se bat-il/elle avec d'autres enfants ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à être attentif ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se concentrer sur une activité ?	0	1	2
Votre enfant... Est-il/elle agressif(ve) ?	0	1	2
Est-il/elle agité(e) ou incapable de rester assis(e) ?	0	1	2
Est-il/elle en colère ?	0	1	2
Est-il difficile de... Sortir votre enfant en public ?	0	1	2
Réconforter votre enfant ?	0	1	2
Connaître les besoins de votre enfant ?	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant respecte un horaire ou un rituel ?	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant vous obéisse ?	0	1	2



SWYC:TM 36 mois

35 mois, 0 jour à 46 mois, 31 jours

V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle parle la plupart du temps de manière à être compris par les autres	0	1	2
Il/elle se lave et se sèche les mains sans avoir besoin d'aide (même lorsque vous ouvrez le robinet)	0	1	2
Il/elle pose des questions commençant par « pourquoi » ou « comment ». Par exemple : « pourquoi aucun biscuit ? »	0	1	2
Il/elle explique les raisons des choses, par exemple le besoin d'un pull quand il fait froid	0	1	2
Il/elle compare des objets - en utilisant des mots comme « plus grand » ou « plus court »	0	1	2
Répond aux questions telles que « Que fais-tu quand tu as froid ? » ou « ... quand tu as sommeil ? »	0	1	2
Il/elle vous raconte une histoire tirée d'un livre ou d'un programme télé	0	1	2
Il/elle dessine des formes simples, comme un cercle ou un carré	0	1	2
Il/elle dit des mots comme « chevaux » pour désigner plus d'un cheval et « animaux » pour désigner plus d'un animal	0	1	2
Il/elle utilise de manière appropriée les mots tels que « hier » et « demain »	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES EN MATERNELLE (PRESCHOOL PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, PPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant... Semble-t-il/elle nerveux(se) ou effrayé(e) ?	0	1	2
Sembler-t-il/elle triste ou malheureux(se) ?	0	1	2
S'énerve-t-il/elle si les choses ne sont pas faites d'une certaine manière ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à jouer avec d'autres enfants ?	0	1	2
Casse-t-il/elle des choses exprès ?	0	1	2
Se bat-il/elle avec d'autres enfants ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à être attentif ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se concentrer sur une activité ?	0	1	2
Votre enfant... Est-il/elle agressif(ve) ?	0	1	2
Est-il/elle agité(e) ou incapable de rester assis(e) ?	0	1	2
Est-il/elle en colère ?	0	1	2
Est-il difficile de... Sortir votre enfant en public ?	0	1	2
Réconforter votre enfant ?	0	1	2
Connaître les besoins de votre enfant ?	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant respecte un horaire ou un rituel ?	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant vous obéisse ?	0	1	2



SWYC:TM 48 mois

47 mois, 0 jour à 58 mois, 31 jours
V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEUILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Compare des objets - en utilisant des mots comme « plus grand » ou « plus court »	0	1	2
Répond aux questions telles que « Que fais-tu quand tu as froid ? » ou « ... quand tu as sommeil ? »	0	1	2
Il/elle vous raconte une histoire tirée d'un livre ou d'un programme télé	0	1	2
Il/elle dessine des formes simples, comme un cercle ou un carré	0	1	2
Il/elle dit des mots comme « chevaux » pour désigner plus d'un cheval et « animaux » pour désigner plus d'un animal	0	1	2
Utilise de manière appropriée les mots tels que « hier » et « demain »	0	1	2
Il/elle n'urine pas pendant son sommeil	0	1	2
Il/elle respecte les principes simples lorsqu'il/elle joue à un jeu de société ou à un jeu de cartes	0	1	2
Il/elle écrit son nom	0	1	2
Il/elle dessine des images que vous reconnaissez	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES EN MATERNELLE (PRESCHOOL PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, PPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant... Semble-t-il/elle nerveux(se) ou effrayé(e) ?	0	1	2
Sembler-t-il/elle triste ou malheureux(se) ?	0	1	2
S'énerve-t-il/elle si les choses ne sont pas faites d'une certaine manière ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à jouer avec d'autres enfants ?	0	1	2
Casse-t-il/elle des choses exprès ?	0	1	2
Se bat-il/elle avec d'autres enfants ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à être attentif ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
A-t-il/elle du mal à se concentrer sur une activité ?	0	1	2
Votre enfant... Est-il/elle agressif(ve) ?	0	1	2
Est-il/elle agité(e) ou incapable de rester assis(e) ?	0	1	2
Est-il/elle en colère ?	0	1	2
Est-il difficile de... Sortir votre enfant en public ?	0	1	2
Réconforter votre enfant ?	0	1	2
Connaître les besoins de votre enfant ?	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant respecte un horaire ou un rituel ?	0	1	2
Faire en sorte que votre enfant vous obéisse ?	0	1	2



SWYC:TM 60 mois

59 mois, 0 jour à 65 mois, 31 jours
V1.08, 9/1/19

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées ci-dessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEUILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle vous raconte une histoire tirée d'un livre ou d'un programme télé	0	1	2
Il/elle dessine des formes simples, comme un cercle ou un carré	0	1	2
Il/elle dit des mots comme « chevaux » pour désigner plus d'un cheval et « animaux » pour désigner plus d'un animal	0	1	2
Utilise de manière appropriée les mots tels que « hier » et « demain »	0	1	2
Il/elle n'urine pas pendant son sommeil	0	1	2
Il/elle respecte les principes simples lorsqu'il/elle joue à un jeu de société ou à un jeu de cartes	0	1	2
Il/elle écrit son nom	0	1	2
Il/elle dessine des images que vous reconnaissez	0	1	2
Colorie en respectant les lignes	0	1	2
Nomme les jours de la semaine dans l'ordre correct	0	1	2

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES EN MATERNELLE (PRESCHOOL PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, PPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

		Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant...	Semble-t-il/elle nerveux(se) ou effrayé(e) ?	0	1	2
	Semble-t-il/elle triste ou malheureux(se) ?	0	1	2
	S'énerve-t-il/elle si les choses ne sont pas faites d'une certaine manière ?	0	1	2
	A-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
	A-t-il/elle du mal à jouer avec d'autres enfants ?	0	1	2
	Casse-t-il/elle des choses exprès ?	0	1	2
	Se bat-il/elle avec d'autres enfants ?	0	1	2
	A-t-il/elle du mal à être attentif ?	0	1	2
	A-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
	A-t-il/elle du mal à se concentrer sur une activité ?	0	1	2
Votre enfant...	Est-il/elle agressif(ve) ?	0	1	2
	Est-il/elle agité(e) ou incapable de rester assis(e) ?	0	1	2
	Est-il/elle en colère ?	0	1	2
Est-il difficile de...	Sortir votre enfant en public ?	0	1	2
	Réconforter votre enfant ?	0	1	2
	Connaître les besoins de votre enfant ?	0	1	2
	Faire en sorte que votre enfant respecte un horaire ou un rituel ?	0	1	2
	Faire en sorte que votre enfant vous obéisse ?	0	1	2

