

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.

chacune de ces tâches. VEILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUES	TIONS.		
	Pas encore	Un peu	Beaucoup
Il/elle émet des sons qui vous indiquent qu'il/elle est heureux(se)	<b>o</b>	(1)	2
ou contrarié(e) · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	_		
Il/elle semble heureux(se) de vous voir · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1	2
II/elle suit des yeux un jouet en mouvement	<u></u>	1	2
II/elle tourne la tête pour trouver la personne qui parle.	<u> </u>	1	2
II/elle maintient la tête stable lorsqu'il/elle se fait placer en position assise	_	1	2
II/elle joint ses mains · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u> </u>	1	2
II/elle rit · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u> </u>	1	2
II/elle maintient la tête stable lorsqu'il/elle est tenu(e) en position assise		1	2
II/elle émet des sons tels que « ga », « ma » ou « ba » · · · · · ·	<u></u>	1	2
II/elle regarde lorsque vous l'appelez par son nom · · · · · · · ·	<u> </u>	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 pour	riez attendre	e d'autres
enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé			
	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise avec de nouvelles personnes ?	<b>(</b>	1	2
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits ? ·	<b>(</b>	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ? · · · ·	<b>o</b>	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 ?· · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
Est-il difficile de réconforter votre enfant ? · · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	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) ? · · · · · · ·	<b>o</b>	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 ?	$\bigcirc$	$\circ$	0
Avez-vous des préoccupations au sujet du comportement de votre enfant ?	$\circ$	$\circ$	0

**Tufts** Children's Hospital

QUESTIONS RELATIVES A LA FAIVIILLE				
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 :				
Ot	ui Non			
1 Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeur de tabac?	) N			
2 Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de l'alcool ou des drogues de manière excessive ?	) N			
<b>3</b> Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire votre consommation d'alcool ou de drogues au cours de l'année écoulée ?	N			
4 Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de votre famille ont-elles déjà eu un effet néfaste sur votre enfant ?	) N			
	Souvent			
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.	0			
votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e)?	plicable			
7 Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends : Sans difficulté de difficulté de difficultés Non ap	plicable			
Au cours de la semaine dernière, combien de				
8 jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la lecture à votre enfant ?				
CHANGEMENTS ÉMOTIONNELS AVEC UN NOUVEAU BÉBÉ**				
Comme vous avez un nouveau bébé dans votre famille, nous aimerions savoir comment vous vous sen maintenant. Veuillez cocher la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti AU COUR 7 DERNIERS JOURS, et pas seulement de ce que vous ressentez aujourd'hui.	tez S DES			
Au cours des sept derniers jours				
1 J'ai pu rire et voir le côté drôle des choses				
Comme je l'ai     O Plus autant maintenant     Certainement pas     autant maintenant				
2 J'ai attendu avec plaisir les choses				
O Autant que je l'ai     O Plutôt un peu moins     toujours fait     que d'habitude     O Certainement moins     O Certainement moins	tout			
3* Je me suis blâmé inutilement lorsque les choses ont mal tourné				
<ul> <li>Oui, la plupart du temps</li> <li>Oui, de temps en temps</li> <li>Pas très souvent</li> <li>Non, jamais</li> </ul>				
4 J'ai été anxieux(euse) ou inquiet(ète) sans raison valable				
Non, pas du tout     Presque jamais     Oui, parfois     Oui, très souvent				
<ul> <li>5* J'ai eu peur ou j'ai paniqué sans raison valable</li> <li>③ Oui, très souvent</li> <li>② Oui, parfois</li> <li>① Non, pas beaucoup</li> <li>① Non, pas du tout</li> </ul>				
6* J'ai été dépassé(e) par la situation				
<ul> <li>Oui, la plupart du temps, ① Oui, parfois je n'ai pas temps, je n'ai pas pu y faire face du tout.</li> <li>Oui, parfois je n'ai pas ① Non, la plupart du temps, ① Non, je m'en suis bien sorti. sorti(e) aussi bien que d'habitude.</li> </ul>	s n			
7* J'ai été si malheureux(euse) que j'ai eu du mal à dormir				
<ul><li>③ Oui, la plupart du temps</li><li>② Oui, parfois</li><li>① Pas très souvent</li><li>① Non, pas du tout</li></ul>				
8* Je me suis senti(e) triste ou malheureux(euse)				
③ Oui, la plupart du temps ② Oui, assez souvent   ① Pas très souvent				
9* J'ai été si malheureux(euse) que j'en ai pleuré				
<ul> <li>Oui, la plupart du temps</li> <li>Oui, assez souvent</li> <li>Seulement de temps en temps</li> <li>Non, jamais</li> </ul>				
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. Developm	ent of			

\*\*© 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).



Child's Name:		
Birth Date:		
Today's Date:		

V1.08, 9/1/19			
ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT			
La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de dév (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.	eloppement én e de ces tâches	umérées d . VEILLEZ	ci-dessous ZÀ
	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
II/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
II/elle regarde lorsque vous l'appelez par son nom · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
Il/elle se retourne en roulant· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
II/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 PEDIATR			
Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourrie âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.	z attendre d au	ires entan	ts au meme
	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 ? · · · · · · ·	<b>(</b>	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 réconforter votre enfant ? · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u> </u>	1)	2
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ? · · · · · ·	<b>(</b>	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) ? · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u> </u>	1	2
PRÉOCCUPATIONS DES PARENTS	December 1		
Avez vous des préoccupations au sujet de l'apprentissage ou du développement de	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Avez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentissage ou du développement de votre enfant ?	$\circ$	$\circ$	$\circ$
Avez-vous des préoccupations au sujet du comportement de votre enfant ?	0	0	0

© 2010, Tufts Medical Center, Inc. Tous droits réservés. French 08/22 **Tufts** Children's Hospital

QUESTIONS RELATIVES A LA FAIVIILLE				
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 :				
Ot	ui Non			
1 Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeur de tabac?	) N			
2 Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de l'alcool ou des drogues de manière excessive ?	) N			
<b>3</b> Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire votre consommation d'alcool ou de drogues au cours de l'année écoulée ?	N			
4 Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de votre famille ont-elles déjà eu un effet néfaste sur votre enfant ?	) N			
	Souvent			
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.	0			
votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e)?	plicable			
7 Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends : Sans difficulté de difficulté de difficultés Non ap	plicable			
Au cours de la semaine dernière, combien de				
8 jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la lecture à votre enfant ?				
CHANGEMENTS ÉMOTIONNELS AVEC UN NOUVEAU BÉBÉ**				
Comme vous avez un nouveau bébé dans votre famille, nous aimerions savoir comment vous vous sen maintenant. Veuillez cocher la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti AU COUR 7 DERNIERS JOURS, et pas seulement de ce que vous ressentez aujourd'hui.	tez S DES			
Au cours des sept derniers jours				
1 J'ai pu rire et voir le côté drôle des choses				
Comme je l'ai     O Plus autant maintenant     Certainement pas     autant maintenant				
2 J'ai attendu avec plaisir les choses				
O Autant que je l'ai     O Plutôt un peu moins     toujours fait     que d'habitude     O Certainement moins     O Certainement moins	tout			
3* Je me suis blâmé inutilement lorsque les choses ont mal tourné				
<ul> <li>Oui, la plupart du temps</li> <li>Oui, de temps en temps</li> <li>Pas très souvent</li> <li>Non, jamais</li> </ul>				
4 J'ai été anxieux(euse) ou inquiet(ète) sans raison valable				
Non, pas du tout     Presque jamais     Oui, parfois     Oui, très souvent				
<ul> <li>5* J'ai eu peur ou j'ai paniqué sans raison valable</li> <li>③ Oui, très souvent</li> <li>② Oui, parfois</li> <li>① Non, pas beaucoup</li> <li>① Non, pas du tout</li> </ul>				
6* J'ai été dépassé(e) par la situation				
<ul> <li>Oui, la plupart du temps, ① Oui, parfois je n'ai pas temps, je n'ai pas pu y faire face du tout.</li> <li>Oui, parfois je n'ai pas ① Non, la plupart du temps, ① Non, je m'en suis bien sorti. sorti(e) aussi bien que d'habitude.</li> </ul>	s n			
7* J'ai été si malheureux(euse) que j'ai eu du mal à dormir				
<ul><li>③ Oui, la plupart du temps</li><li>② Oui, parfois</li><li>① Pas très souvent</li><li>① Non, pas du tout</li></ul>				
8* Je me suis senti(e) triste ou malheureux(euse)				
③ Oui, la plupart du temps ② Oui, assez souvent   ① Pas très souvent				
9* J'ai été si malheureux(euse) que j'en ai pleuré				
<ul> <li>Oui, la plupart du temps</li> <li>Oui, assez souvent</li> <li>Seulement de temps en temps</li> <li>Non, jamais</li> </ul>				
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. Developm	ent of			

\*\*© 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).



Child's Name:
Birth Date:
Today's Date:

	V1.08, 9/1/19			
É	TAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT			
(m	plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de ais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit cha ÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.			
		Pas encore	Un peu	Beaucoup
	Il/elle émet des sons tels que « ga », « ma » ou « ba »	. (6)	1)	2
	II/elle regarde lorsque vous l'appelez par son nom		(1)	(2)
	II/elle se retourne en roulant		(1)	(2)
	Il/elle passe son jouet d'une main à l'autre	_	1	2
	Il/elle recherche votre présence ou celle d'un autre aidant lorsqu'il/elle est contrarié(e)		1	2
	Il/elle tient deux objets et les frappe l'un contre l'autre		1	2
	Il/elle lève les bras pour qu'on le/la porte		1	2
	Il/elle se met tout seul(e) en position assise		1	2
	Il/elle ramasse la nourriture et la mange		1	2
	Il/elle se sert de quelque chose pour l'aider à se mettre debout		1	2
	STE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES DU BÉBÉ (BABY PEDI	The second secon		
	es questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pou e, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.	urriez attendre d	'autres entar	nts du même
9		Pas du tout	Un peu	Beaucoup
	Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise avec de nouvelles personnes ? · · · ·		1	2
	Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits ? · · · · ·		1	2
	Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ?		1	2
	Votre enfant a-t-il/elle peur d'être tenu(e) par d'autres personnes ?		1	2
	Votre enfant pleure-t-il/elle beaucoup ? · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1	2
	Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ?		1	2
	Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ?· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1	2
	Est-il difficile de réconforter votre enfant ? · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1	2
	Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ? · · · ·		1	2
	Est-il difficile de faire endormir votre enfant ? · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1	2
	Avez-vous du mal à dormir suffisamment à cause de votre enfant ? · · · · ·		1	2
	Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ? · · · · · · · · · · · · · ·		1	2
PI	RÉOCCUPATIONS DES PARENTS			
	Avez veue des présesumetions su suiet de l'ammunti	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
	Avez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentissage ou du développement de votre enfant ?	$\circ$	$\bigcirc$	$\circ$
	Avez-vous des préoccupations au sujet du comportement de votre enfant ?	0	0	0
_				

QUESTIONS RELATIVES A LA FAIVIILLE				
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 :				
Ot	ui Non			
1 Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeur de tabac?	) N			
2 Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de l'alcool ou des drogues de manière excessive ?	) N			
<b>3</b> Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire votre consommation d'alcool ou de drogues au cours de l'année écoulée ?	N			
4 Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de votre famille ont-elles déjà eu un effet néfaste sur votre enfant ?	) N			
	Souvent			
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.	0			
votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e)?	plicable			
7 Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends : Sans difficulté de difficulté de difficultés Non ap	plicable			
Au cours de la semaine dernière, combien de				
8 jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la lecture à votre enfant ?				
CHANGEMENTS ÉMOTIONNELS AVEC UN NOUVEAU BÉBÉ**				
Comme vous avez un nouveau bébé dans votre famille, nous aimerions savoir comment vous vous sen maintenant. Veuillez cocher la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti AU COUR 7 DERNIERS JOURS, et pas seulement de ce que vous ressentez aujourd'hui.	tez S DES			
Au cours des sept derniers jours				
1 J'ai pu rire et voir le côté drôle des choses				
Comme je l'ai     O Plus autant maintenant     Certainement pas     autant maintenant				
2 J'ai attendu avec plaisir les choses				
O Autant que je l'ai     O Plutôt un peu moins     toujours fait     que d'habitude     O Certainement moins     O Certainement moins	tout			
3* Je me suis blâmé inutilement lorsque les choses ont mal tourné				
<ul> <li>Oui, la plupart du temps</li> <li>Oui, de temps en temps</li> <li>Pas très souvent</li> <li>Non, jamais</li> </ul>				
4 J'ai été anxieux(euse) ou inquiet(ète) sans raison valable				
Non, pas du tout     Presque jamais     Oui, parfois     Oui, très souvent				
<ul> <li>5* J'ai eu peur ou j'ai paniqué sans raison valable</li> <li>③ Oui, très souvent</li> <li>② Oui, parfois</li> <li>① Non, pas beaucoup</li> <li>① Non, pas du tout</li> </ul>				
6* J'ai été dépassé(e) par la situation				
<ul> <li>Oui, la plupart du temps, ① Oui, parfois je n'ai pas temps, je n'ai pas pu y faire face du tout.</li> <li>Oui, parfois je n'ai pas ① Non, la plupart du temps, ① Non, je m'en suis bien sorti. sorti(e) aussi bien que d'habitude.</li> </ul>	s n			
7* J'ai été si malheureux(euse) que j'ai eu du mal à dormir				
<ul><li>③ Oui, la plupart du temps</li><li>② Oui, parfois</li><li>① Pas très souvent</li><li>① Non, pas du tout</li></ul>				
8* Je me suis senti(e) triste ou malheureux(euse)				
③ Oui, la plupart du temps ② Oui, assez souvent   ① Pas très souvent				
9* J'ai été si malheureux(euse) que j'en ai pleuré				
<ul> <li>Oui, la plupart du temps</li> <li>Oui, assez souvent</li> <li>Seulement de temps en temps</li> <li>Non, jamais</li> </ul>				
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. Developm	ent of			

\*\*© 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).



Child's Name:
Birth Date:
Today's Date:

	PPEMENT

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
II/elle lève les bras pour qu'on le/la porte · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle se met tout seul(e) en position assise · · · · · · · · · · ·	0	1	2
II/elle ramasse la nourriture et la mange · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
II/elle se sert de quelque chose pour l'aider à se mettre debout $\cdot\cdot\cdot$	<b>o</b>	1	2
Joue à des jeux comme coucou-caché ou « trois petits chats » · · · ·	0	1	2
II/elle vous appelle « mama » ou « papa » ou un autre nom similaire ·	0	1	2
II/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
II/elle copie les sons que vous produisez · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle traverse une pièce sans aide · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle obéit aux instructions telles que « Viens ici » ou « Donne-moi le ballon »	0	1	2

	•			, ,		
I ICTE D	E CONTROL E DEC (	SVMDTAMES DED	NATRICITES D	II DEDE /D ADV DENI	NTDIC CVMD	TOM CHECKLIST, BPSC)
LISIE VI	E CONTROLE DES :	STIVIE I CIVIES FED	IAIRIQUED D	U DEDE (DADT PEVI	AIRIC STIVIE	I UIVI GREGNLIS I. DESGI

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 ? $\cdot$	<b>o</b>	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 ? · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ? · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ? · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
Est-il difficile de réconforter votre enfant ?· · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ? $\cdot$	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 ? $\cdot$ $\cdot$	<b>o</b>	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ? · · · · · · · ·	0	1	2



PF	RÉOCCUPATIONS DES PARENTS					
			Pas du tou	ıt Un peu	Beau	coup
	ez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentissage o veloppement de votre enfant ?	ou du	0	0		
Αv	ez-vous des préoccupations au sujet du comportement de	e votre enfant ?	0	0	C	
Ql	JESTIONS RELATIVES À LA FAMILLE					
	rce que les membres de la famille peuvent avoir un impad	•	le développeme	nt de votre enfa	int, nous	vous
prı	ons de répondre ci-dessous à quelques questions sur vot	re ramille :			Oui	Non
1	Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeur de t	tahac ?			(i)	(N)
	Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de l		Iroques de mani	ère excessive ?	_	(z)
	Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire cours de l'année écoulée ?		•		_	(N)
4	Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de néfaste sur votre enfant ?	le votre famille c	ont-elles déjà eu	un effet	0	N
		Ja	amais	Parfois	Souve	ent
5	Au cours des 12 derniers mois, nous nous sommes préd de l'éventualité d'épuiser nos réserves de nourriture ava d'avoir assez d'argent pour en acheter de nouveau.		0	0	0	
Λ,	cours des deux dernières semaines,			Dive de la		
àc	r cours des deux dermeres semaines, quelle fréquence avez-vous été perturbé r les aspects suivants ?	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque les jo	
6	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à entreprendre des choses ?	<b>(</b> )	1	2	3	)
7	Vous êtes-vous senti(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?	•	1)	2	3	)
8	De manière générale, comment décririez-vous votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e) ?	Sans tension	Un peu tendue	Très tendue	No applic	
9	Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends :	Sans difficulté	Avec un peu de difficulté	Avec beaucoup de difficultés	No applic	
10	Au cours de la semaine dernière, combien de jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la	(0) (1) (2	2) (3) (4)	(5) (6)	7)	



# SWYC<sup>™</sup>. 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 cidessous (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
II/elle ramasse la nourriture et la mange · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	0
II/elle se sert de quelque chose pour l'aider à se mettre debout $\cdot\cdot\cdot$	<b>o</b>	1	0
II/elle joue à des jeux comme coucou-caché ou « trois petits chats » ·	<b>o</b>	1	0
ll/elle vous appelle « mama » ou « papa » ou un autre nom similaire $\;\cdot\;$	<b>o</b>	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 ? » · · · · ·	<b>(</b> )	1	0
II/elle copie les sons que vous produisez · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	<b>(</b>
II/elle traverse une pièce sans aide · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	0
Il/elle obéit aux instructions telles que « Viens ici » ou « Donne-moi le ballon »	<b>o</b>	1	<b>(</b>
II/elle court · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	0
II/elle monte les escaliers en se faisant aider · · · · · · · · · · ·	0	1	0

	•			, ,		
I ICTE D	E CONTROL E DEC (	SVMDTAMES DED	NATRICITES D	II DEDE /D ADV DENI	NTDIC CVMD	TOM CHECKLIST, BPSC)
LISIE VI	E CONTROLE DES :	STIVIE I CIVIES FED	IAIRIQUED D	U DEDE (DADT PEVI	AIRIC STIVIE	I UIVI GREGNLIS I. DESGI

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.

<u> </u>					
			Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant se sent-il/el	le mal à l'aise avec de nouvelles pers	onnes? ·	0	1	2
Votre enfant se sent-il/el	le mal à l'aise dans de nouveaux end	roits? ·	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du	mal à accepter le changement ? · · ·		0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle pe	eur d'être tenu(e) par d'autres personn	es?··	0	1	2
Votre enfant pleure-t-il/e	lle beaucoup? · · · · · · ·		0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du	mal à se calmer ? · · · · · ·		0	1	2
Votre enfant est-il/elle di	fficile ou irritable? · · · · · ·		0	1	2
Est-il difficile de réconfor	ter votre enfant ? · · · · · · ·		0	1	2
Est-il difficile de faire res	oecter un horaire ou un rituel à votre er	nfant? ·	<b>o</b>	1	2
Est-il difficile de faire en	dormir votre enfant ? · · · · · ·		<b>o</b>	1	2
Avez-vous du mal à dorr	nir suffisamment à cause de votre ent	fant ? · ·	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du	mal à rester endormi(e) ? · · · ·		0	1	2



PF	RÉOCCUPATIONS DES PARENTS					
			Pas du tou	ıt Un peu	Beau	coup
	ez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentissage o veloppement de votre enfant ?	ou du	0	0		
Αv	ez-vous des préoccupations au sujet du comportement de	e votre enfant ?	0	0	C	
Ql	JESTIONS RELATIVES À LA FAMILLE					
	rce que les membres de la famille peuvent avoir un impad	•	le développeme	nt de votre enfa	int, nous	vous
prı	ons de répondre ci-dessous à quelques questions sur vot	re ramille :			Oui	Non
1	Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeur de t	tahac ?			(i)	(N)
	Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de l		Iroques de mani	ère excessive ?	_	(z)
	Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire cours de l'année écoulée ?		•		_	(N)
4	Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de néfaste sur votre enfant ?	le votre famille c	ont-elles déjà eu	un effet	0	N
		Ja	amais	Parfois	Souve	ent
5	Au cours des 12 derniers mois, nous nous sommes préd de l'éventualité d'épuiser nos réserves de nourriture ava d'avoir assez d'argent pour en acheter de nouveau.		0	0	0	
Λ,	cours des deux dernières semaines,			Dive de la		
àc	r cours des deux dermeres semaines, quelle fréquence avez-vous été perturbé r les aspects suivants ?	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque les jo	
6	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à entreprendre des choses ?	<b>(</b> )	1	2	3	)
7	Vous êtes-vous senti(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?	•	1)	2	3	)
8	De manière générale, comment décririez-vous votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e) ?	Sans tension	Un peu tendue	Très tendue	No applic	
9	Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends :	Sans difficulté	Avec un peu de difficulté	Avec beaucoup de difficultés	No applic	
10	Au cours de la semaine dernière, combien de jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la	(0) (1) (2	2) (3) (4)	(5) (6)	7)	



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 cidessous (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 ·	<b>(</b>	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 ? » · · · · ·	<b>(</b>	1	2
II/elle copie les sons que vous produisez · · · · · · · · · ·	<b>(</b>	1	2
Il/elle traverse une pièce sans aide · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b>	1	2
Il/elle obéit aux instructions telles que « Viens ici » ou « Donne-moi le ballon »	<b>(</b>	1	2
Il/elle court · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b>	1	2
Il/elle monte les escaliers en se faisant aider · · · · · · · · · ·	<b>(</b>	1	2
Il/elle tape dans un ballon· · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b>	1	2
Il/elle nomme au moins 5 objets familiers - comme le ballon ou le lait. ·	<b>(</b>	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 ? $\cdot$	<b>(6)</b>	1	2
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits?	<b>o</b>	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ? · · · · ·	<b>o</b>	1	2
Votre enfant a-t-il/elle peur d'être tenu(e) par d'autres personnes? · ·	<b>(</b>	1	2
Votre enfant pleure-t-il/elle beaucoup? · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ? · · · · · · · · · · ·	<b>(6)</b>	1	2
Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ? · · · · · · · · · · ·	<b>(6)</b>	1	2
Est-il difficile de réconforter votre enfant ?· · · · · · · · · · · ·	0	1	2
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ? $\cdot$	<b>(6)</b>	1	2
Est-il difficile de faire endormir votre enfant ? · · · · · · · · · · · ·	<b>(6)</b>	1	2
Avez-vous du mal à dormir suffisamment à cause de votre enfant ? $\cdot$ $\cdot$	<b>(6)</b>	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ? · · · · · · · ·	<b>(</b> )	1	2



PF	RÉOCCUPATIONS DES PARENTS					
			Pas du tou	ıt Un peu	Beau	coup
	ez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentissage o veloppement de votre enfant ?	ou du	0	0		
Αv	ez-vous des préoccupations au sujet du comportement de	e votre enfant ?	0	0	C	
Ql	JESTIONS RELATIVES À LA FAMILLE					
	rce que les membres de la famille peuvent avoir un impad	•	le développeme	nt de votre enfa	int, nous	vous
prı	ons de répondre ci-dessous à quelques questions sur vot	re ramille :			Oui	Non
1	Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeur de t	tahac ?			(i)	(N)
	Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de l		Iroques de mani	ère excessive ?	_	(z)
	Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire cours de l'année écoulée ?		•		_	(N)
4	Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de néfaste sur votre enfant ?	le votre famille c	ont-elles déjà eu	un effet	0	N
		Ja	amais	Parfois	Souve	ent
5	Au cours des 12 derniers mois, nous nous sommes préd de l'éventualité d'épuiser nos réserves de nourriture ava d'avoir assez d'argent pour en acheter de nouveau.		0	0	0	
Λ,	cours des deux dernières semaines,			Dive de la		
àc	r cours des deux dermeres semaines, quelle fréquence avez-vous été perturbé r les aspects suivants ?	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque les jo	
6	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à entreprendre des choses ?	<b>(</b> )	1	2	3	)
7	Vous êtes-vous senti(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?	•	1)	2	3	)
8	De manière générale, comment décririez-vous votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e) ?	Sans tension	Un peu tendue	Très tendue	No applic	
9	Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends :	Sans difficulté	Avec un peu de difficulté	Avec beaucoup de difficultés	No applic	
10	Au cours de la semaine dernière, combien de jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la	(0) (1) (2	2) (3) (4)	(5) (6)	7)	



# SWYC<sup>™</sup>. 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 cidessous (mais pas toutes). Veuillez nous indiquer jusqu'à quel point votre enfant accomplit chacune de ces tâches. VEILLEZ À RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

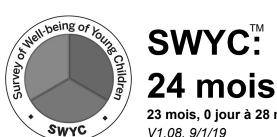
	Pas encore	Un peu	Beaucoup
II/elle court · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
II/elle monte les escaliers en se faisant aider · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
II/elle tape dans un ballon· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
ll/elle nomme au moins 5 objets familiers - comme le ballon ou le lait.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

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



	SERVATIONS DES PARENTS S ARENT'S OBSERVATIONS OF SO										
	re enfant vous apporte-t-il/elle des ets pour vous les montrer ?	Plusieurs fois par jour	Quelques fois par jour	Quelques fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais					
Tout le temps Souvent Parfois Rarement											
Vot jou	re enfant prend-il/elle plaisir à er avec d'autres enfants ?	0									
imit	/otre enfant essaie-t-il/elle de vous miter lorsque vous prononcez										
lors	re enfant vous regarde-t-il/elle que vous l'appelez par son nom ?	0									
à l'a	re enfant regarde-t-il l'objet autre bout de la pièce si is le pointez du doigt ?	$\circ$	$\circ$	0	$\circ$	0					
	nment votre enfant vous montre-t-il/ habituellement ce qu'il/elle veut ?	Il/elle prononce un mot pour désigner ce qu'il ou elle veut	II/elle le montre du doigt	II/elle tend la main vers l'objet	II/elle me tire vers l'objet ou pose ma main dessus	II/elle grogne, pleure ou crie					
	(Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)										
	Quelles sont les activités ludiques préférées de votre enfant ?	Jouer avec des poupées ou des animaux en peluche	Lire des livres avec vous	Grimper, courir et rester actif(ive)	Aligner des jouets ou d'autres objets	Regarder des objets tourner en rond, comme des ventilateurs ou des roues					
	(Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)										
Po	ur consulter les informations relatives aux rei	ı merciements, à la vali	dation et autres au	sujet des POSI, veui	llez consulter le site						
_	/w.theswyc.org/posi. PÉOCCUPATIONS DES PARENTS	<u> </u>			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
				Pas du	tout Un pe	u Beaucoup					
Ave	z-vous des préoccupations au sujet reloppement de votre enfant ?	t de l'apprentissaç	ge ou du	$\circ$	$\circ$	$\circ$					
	ez-vous des préoccupations au sujet	du comportemer	nt de votre enfa	nt?	$\circ$	$\circ$					
	IESTIONS RELATIVES À LA FAI										
Par	ce que les membres de la famille pe	euvent avoir un im	pact important	sur le développe	ment de votre enf	ant, nous vous prions					
ae	répondre ci-dessous à quelques que	estions sur votre i	amilie :			Oui Non					
1	Y a-t-il sous le même toit que votre d	enfant un fumeur	de tabac ?			© N					
2	Avez-vous, au cours de l'année écou	ılée, consommé d	e l'alcool ou de	s drogues de mar	nière excessive ?	(i) (ii)					
	Avez-vous eu l'impression de vouloi de l'année écoulée ?	r ou de devoir réc	duire votre cons	sommation d'alco	ol ou de drogues a	au cours					
4	Les habitudes alcooliques ou tabagique	es d'un membre de	votre famille ont	-elles déjà eu un e	ffet néfaste sur votre	e enfant?					
					Jamais	Parfois Souvent					
5	Au cours des 12 derniers mois, nou nos réserves de nourriture avant d'	ıs nous sommes   avoir assez d'arg	préoccupés de ent pour en acl	l'éventualité d'ép neter de nouveau	uiser	0 0					
Au ave	cours des deux dernières semaines, z-vous été perturbé par les aspects :	à quelle fréquenc suivants ?	<sup>e</sup> Pas du tou	t Plusieurs jou	rs Plus de la mo des jours	oitié Presque tous les jours					
6	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou plaisir à entreprendre des choses ?	ı de	0	1	2	3					
7	Vous êtes-vous senti(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?		0	1	2	3					
8	De manière générale, comment dévotre relation avec votre époux(se).	cririez-vous /conjoint(e) ?	Sans tensio	n Un peu tendu	ue Très tendu	e Non applicable					
9	Avec votre conjoint(e), réglez-vous	vos différends :	Sans difficulté	Avec un peu difficulté	de Avec beauco de difficulté						
10	Au cours de la semaine dernière, c vous ou d'autres membres de la fai lecture à votre enfant ?	ombien de jours mille avez fait la	0 1	2 3 (	4 5 6	7					



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 cidessous (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 nomme au moins 5 parties du corps, comme le nez, la main ou le ventre	<b>o</b>	1	2
II/elle grimpe sur une échelle dans une aire de jeux · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle utilise des mots comme « moi » ou « mon » · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle saute les deux pieds ensemble en l'air · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
ll/elle associe deux mots ou plus, comme « plus d'eau » ou « va dehors » $\cdot$	<b>o</b>	1	2
II/elle se sert de mots pour demander de l'aide · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle nomme au moins une couleur · · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle essaie de vous amener à regarder en disant « Regarde-moi » · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle dit son prénom lorsqu'on le lui demande · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle trace des lignes · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2

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

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



	SERVATIONS DES PARENTS S ARENT'S OBSERVATIONS OF SO										
	re enfant vous apporte-t-il/elle des ets pour vous les montrer ?	Plusieurs fois par jour	Quelques fois par jour	Quelques fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais					
Tout le temps Souvent Parfois Rarement											
Vot jou	re enfant prend-il/elle plaisir à er avec d'autres enfants ?	0									
imit	/otre enfant essaie-t-il/elle de vous miter lorsque vous prononcez										
lors	re enfant vous regarde-t-il/elle que vous l'appelez par son nom ?	0									
à l'a	re enfant regarde-t-il l'objet autre bout de la pièce si is le pointez du doigt ?	$\circ$	$\circ$	0	$\circ$	0					
	nment votre enfant vous montre-t-il/ habituellement ce qu'il/elle veut ?	Il/elle prononce un mot pour désigner ce qu'il ou elle veut	II/elle le montre du doigt	II/elle tend la main vers l'objet	II/elle me tire vers l'objet ou pose ma main dessus	II/elle grogne, pleure ou crie					
	(Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)										
	Quelles sont les activités ludiques préférées de votre enfant ?	Jouer avec des poupées ou des animaux en peluche	Lire des livres avec vous	Grimper, courir et rester actif(ive)	Aligner des jouets ou d'autres objets	Regarder des objets tourner en rond, comme des ventilateurs ou des roues					
	(Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)										
Po	ur consulter les informations relatives aux rei	ı merciements, à la vali	dation et autres au	sujet des POSI, veui	llez consulter le site						
_	/w.theswyc.org/posi. PÉOCCUPATIONS DES PARENTS	<u> </u>			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
				Pas du	tout Un pe	u Beaucoup					
Ave	z-vous des préoccupations au sujet reloppement de votre enfant ?	t de l'apprentissaç	ge ou du	$\circ$	$\circ$	$\circ$					
	ez-vous des préoccupations au sujet	du comportemer	nt de votre enfa	nt?	$\circ$	$\circ$					
	IESTIONS RELATIVES À LA FAI										
Par	ce que les membres de la famille pe	euvent avoir un im	pact important	sur le développe	ment de votre enf	ant, nous vous prions					
ae	répondre ci-dessous à quelques que	estions sur votre i	amilie :			Oui Non					
1	Y a-t-il sous le même toit que votre d	enfant un fumeur	de tabac ?			© N					
2	Avez-vous, au cours de l'année écou	ılée, consommé d	e l'alcool ou de	s drogues de mar	nière excessive ?	(i) (ii)					
	Avez-vous eu l'impression de vouloi de l'année écoulée ?	r ou de devoir réc	duire votre cons	sommation d'alco	ol ou de drogues a	au cours					
4	Les habitudes alcooliques ou tabagique	es d'un membre de	votre famille ont	-elles déjà eu un e	ffet néfaste sur votre	e enfant?					
					Jamais	Parfois Souvent					
5	Au cours des 12 derniers mois, nou nos réserves de nourriture avant d'	ıs nous sommes   avoir assez d'arg	préoccupés de ent pour en acl	l'éventualité d'ép neter de nouveau	uiser	0 0					
Au ave	cours des deux dernières semaines, z-vous été perturbé par les aspects :	à quelle fréquenc suivants ?	<sup>e</sup> Pas du tou	t Plusieurs jou	rs Plus de la mo des jours	oitié Presque tous les jours					
6	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou plaisir à entreprendre des choses ?	ı de	0	1	2	3					
7	Vous êtes-vous senti(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?		0	1	2	3					
8	De manière générale, comment dévotre relation avec votre époux(se).	cririez-vous /conjoint(e) ?	Sans tensio	n Un peu tendu	ue Très tendu	e Non applicable					
9	Avec votre conjoint(e), réglez-vous	vos différends :	Sans difficulté	Avec un peu difficulté	de Avec beauco de difficulté						
10	Au cours de la semaine dernière, c vous ou d'autres membres de la fai lecture à votre enfant ?	ombien de jours mille avez fait la	0 1	2 3 (	4 5 6	7					



# SWYC<sup>™</sup> 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 plupai	rt des	enfants	de c	et âge	seront	capables	d'effec	tuer o	ertaines	des	tâches	de déve	eloppeme	nt énur	nérées c	i-
dessous	(mais	pas tou	tes).	Veuille	z nous	indiquer	jusqu'à	quel	point vo	tre er	nfant ac	complit	chacune	de ces	tâches.	
VEILLEZ	ÀRÉ	PONDE	REÀ	TOUTE	S LES	QUĖST	ÍONS.	•	•			-				

	Pas encore	Un peu	Beaucoup
II/elle nomme au moins une couleur · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•	1	2
II/elle essaie de vous amener à regarder en disant « Regarde-moi » · · · · · · ·	<b>(6)</b>	1	2
Il/elle dit son prénom lorsqu'on le lui demande	<b>(6)</b>	1	2
II/elle trace des lignes · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(6)</b>	1	2
ll/elle parle la plupart du temps de manière à être compris par les autres $\cdot\cdot\cdot\cdot$	<b>(6)</b>	1	2
Il/elle se lave et se sèche les mains sans avoir besoin d'aide (même lorsque vous ouvrez le robinet) · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b> )	1	2
II/elle pose des questions commençant par « pourquoi » ou « comment ».  Par exemple : « pourquoi aucun biscuit » ?)· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b> )	1	2
Il/elle explique les raisons des choses, par exemple le besoin d'un pull quand il fait froid	•	1	2
ll/elle compare des objets - en utilisant des mots comme « plus grand » ou « plus court » $\cdot$	<b>(6)</b>	1	2
Répond aux questions telles que « Que fais-tu quand tu as froid ? » ou « quand tu as sommeil ? » · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	(6)	1	2

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

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

	DBSERVATIONS DES PARENTS SUR LES INTERACTIONS SOCIALES PARENT'S OBSERVATIONS OF SOCIAL INTERACTIONS, POSI)								
	re enfant vous apporte-t-il/elle des ets pour vous les montrer ?	Plusieurs fois par jour	Quelques fois par jour	Quelques fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais			
	Tout le temps Souvent Parfois Rarement								
Vot jou	re enfant prend-il/elle plaisir à er avec d'autres enfants ?	0	$\circ$	$\circ$	$\circ$	0			
imit	re enfant essaie-t-il/elle de vous er lorsque vous prononcez mot ou agitez la main ?	0	0	0	0	0			
lors	re enfant vous regarde-t-il/elle que vous l'appelez par son nom ?	$\circ$	$\circ$	0	0	0			
à l'a	re enfant regarde-t-il l'objet autre bout de la pièce si is le pointez du doigt ?	$\circ$	$\circ$	0	$\circ$	0			
	nment votre enfant vous montre-t-il/ habituellement ce qu'il/elle veut ?	Il/elle prononce un mot pour désigner ce qu'il ou elle veut	II/elle le montre du doigt	II/elle tend la main vers l'objet	II/elle me tire vers l'objet ou pose ma main dessus	II/elle grogne, pleure ou crie			
	(Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)								
	Quelles sont les activités ludiques préférées de votre enfant ?	Jouer avec des poupées ou des animaux en peluche	Lire des livres avec vous	Grimper, courir et rester actif(ive)	Aligner des jouets ou d'autres objets	Regarder des objets tourner en rond, comme des ventilateurs ou des roues			
	(Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)								
Po	ur consulter les informations relatives aux rei	ı merciements, à la vali	dation et autres au	sujet des POSI, veui	llez consulter le site				
_	/w.theswyc.org/posi. PÉOCCUPATIONS DES PARENTS	<u> </u>			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
				Pas du	tout Un pe	u Beaucoup			
Ave	z-vous des préoccupations au sujet reloppement de votre enfant ?	t de l'apprentissaç	ge ou du	$\circ$	$\circ$	$\circ$			
	ez-vous des préoccupations au sujet	du comportemer	nt de votre enfa	nt?	$\circ$	$\circ$			
	IESTIONS RELATIVES À LA FAI								
Par	ce que les membres de la famille pe	euvent avoir un im	pact important	sur le développe	ment de votre enf	ant, nous vous prions			
ae	répondre ci-dessous à quelques que	estions sur votre i	amilie :			Oui Non			
1	Y a-t-il sous le même toit que votre d	enfant un fumeur	de tabac ?			© N			
2	Avez-vous, au cours de l'année écou	ılée, consommé d	e l'alcool ou de	s drogues de mar	nière excessive ?	(i) (ii)			
	Avez-vous eu l'impression de vouloi de l'année écoulée ?	r ou de devoir réc	duire votre cons	sommation d'alco	ol ou de drogues a	au cours			
4	Les habitudes alcooliques ou tabagique	es d'un membre de	votre famille ont	-elles déjà eu un e	ffet néfaste sur votre	e enfant?			
					Jamais	Parfois Souvent			
5	Au cours des 12 derniers mois, nou nos réserves de nourriture avant d'	ıs nous sommes   avoir assez d'arg	préoccupés de ent pour en acl	l'éventualité d'ép neter de nouveau	uiser	0 0			
Au ave	cours des deux dernières semaines, z-vous été perturbé par les aspects :	à quelle fréquenc suivants ?	<sup>e</sup> Pas du tou	t Plusieurs jou	rs Plus de la mo des jours	oitié Presque tous les jours			
6	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou plaisir à entreprendre des choses ?	ı de	0	1	2	3			
7	Vous êtes-vous senti(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?		0	1	2	3			
8	De manière générale, comment dévotre relation avec votre époux(se).	cririez-vous /conjoint(e) ?	Sans tensio	n Un peu tendu	ue Très tendu	e Non applicable			
9	Avec votre conjoint(e), réglez-vous	vos différends :	Sans difficulté	Avec un peu difficulté	de Avec beauco de difficulté				
10	Au cours de la semaine dernière, c vous ou d'autres membres de la fai lecture à votre enfant ?	ombien de jours mille avez fait la	0 1	2 3 (	4 5 6	7			



# SWYC<sup>™</sup>. 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	s de cet âg	e seront	capables (	d'effectuer	certaines	des tâches	de déve	loppement	énumérées	ci-dessous
(mais pas	toutes). Vei	uillez nous	indiquer	jusqu'à qu	iel point vo	tre enfant	accomplit of	chacune	de ces tâch	nes. VEILLE	ΞΖÀ
ŘÉPONDI	RF À TOUT	FS LFS Q	UESTION	ÍS	·		•				

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

		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) ? · · · · · · · · ·	<b>(</b> )	1	2
	S'énerve-t-il/elle si les choses ne sont pas faites d'une certaine manière ?	<b>(</b> )	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 ? · · · · · ·	<b>(</b>	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 aggressif(ve) ? · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b> )	1	2
	Est-il/elle agité(e) ou incapable de rester assis(e) ?· · · · ·	<b>(</b> )	1	2
	Est-il/elle en colère ? · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b> )	1	2
Est-il difficile de	Sortir votre enfant en public ? · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b> )	1	2
	Réconforter votre enfant ? · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b> )	1	2
	Connaître les besoins de votre enfant ?· · · · · · · · · ·	<b>(</b> )	1	2
	Faire en sorte que votre enfant respecte un horaire ou un rituel ? $\cdot$	<b>(</b> )	1	2
	Faire en sorte que votre enfant vous obéisse ? · · · · · · ·	0	1	2

PF	RÉOCCUPATIONS DES PARENTS				
			Pas du tout	Un peu	Beaucoup
	ez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentiss veloppement de votre enfant ?	age ou du	0	0	0
Ave	ez-vous des préoccupations au sujet du comportemen	t de votre enfant ?	0	0	0
QL	JESTIONS RELATIVES À LA FAMILLE				
	rce que les membres de la famille peuvent avoir un ons de répondre ci-dessous à quelques questions su	•	sur le développer	nent de votre ent	fant, nous vous
				Ou	i Non
1	Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeu	ır de tabac ?		0	N
2	Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de	e l'alcool ou des dro	ogues de manière	excessive?	N
	Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir re drogues au cours de l'année écoulée ?	éduire votre cons	ommation d'alcoo	l ou de o	N
	Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un mem un effet néfaste sur votre enfant ?	bre de votre famil	le ont-elles déjà e	eu	N
			Jamais	Parfois	Souvent
5	Au cours des 12 derniers mois, nous nous sommes de l'éventualité d'épuiser nos réserves de nourriture d'avoir assez d'argent pour en acheter de nouveau	e avant	0	0	0
Λ.,	cours des deux dernières semaines,			Plus de la	
àφ	rcours des deux dernieres semanies, puelle fréquence avez-vous été rturbé par les aspects suivants ?	Pas du tout	Plusieurs jours	moitié des jours	Presque tous les jours
6	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à entreprendre des choses ?	<b>(</b>	<b>(</b> )	<b>(</b>	3
7	Vous êtes-vous senti(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?	0	0	<u></u>	3
					Non
8	De manière générale, comment décririez-vous votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e)?	Sans tension	Un peu tendue	Très tendue	applicable
9	Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends :	Sans difficulté	Avec un peu de difficulté	Avec beaucoup de difficultés	Non applicable
10	Au cours de la semaine dernière, combien de jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la		) (3) (4)	<u>(5) (6) (7)</u>	)



# SWYC<sup>™</sup>. 48 mois

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

Child's Name:	
Birth Date:	
Todav's Date:	

## ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupai	rt des	enfants	de c	et âge	seront	capables	d'effec	tuer o	ertaines	des	tâches	de déve	eloppeme	nt énur	nérées c	i-
dessous	(mais	pas tou	tes).	Veuille	z nous	indiquer	jusqu'à	quel	point vo	tre er	nfant ac	complit	chacune	de ces	tâches.	
VEILLEZ	ÀRÉ	PONDE	REÀ	TOUTE	S LES	QUĖST	ÍONS.	•	•			-				

		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 as sommeil ? » · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		0	1	2
ll/elle vous raconte une histoire tirée d'un livre ou d'un programme télé $\cdot$ $\cdot$ $\cdot$		0	1	2
Il/elle dessine des formes simples, comme un cercle ou un carré $\cdot$ · · · · · · ·		0	1	2
II/elle dit des mots comme « chevaux » pour désigner plus d'un cheval et « animat pour désigner plus d'un animal · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		<b>o</b>	1	2
Utilise de manière appropriée les mots tels que « hier » et « demain » · · · ·		0	1	2
II/elle n'urine pas pendant son sommeil · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		0	1	2
II/elle respecte les principes simples lorsqu'il/elle joue à un jeu de société ou à un j de cartes · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		•	1	2
II/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)

		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 aggressif(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 ? $\cdot$	0	1	2
	Faire en sorte que votre enfant vous obéisse ? · · · · · · ·	<u> </u>	1)	2



PF	RÉOCCUPATIONS DES PARENTS				
			Pas du tout	Un peu	Beaucoup
	ez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentiss veloppement de votre enfant ?	age ou du	0	0	0
Ave	ez-vous des préoccupations au sujet du comportemen	t de votre enfant ?	0	0	0
QL	JESTIONS RELATIVES À LA FAMILLE				
	rce que les membres de la famille peuvent avoir un ons de répondre ci-dessous à quelques questions su	•	sur le développer	nent de votre ent	fant, nous vous
				Ou	i Non
1	Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeu	ır de tabac ?		0	N
2	Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de	e l'alcool ou des dr	ogues de manière	excessive?	N
	Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir re drogues au cours de l'année écoulée ?	éduire votre cons	ommation d'alcoo	l ou de o	N
	Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de votre famille ont-elles déjà eu				N
			Jamais	Parfois	Souvent
5	Au cours des 12 derniers mois, nous nous sommes de l'éventualité d'épuiser nos réserves de nourritur d'avoir assez d'argent pour en acheter de nouveau	e avant	0	0	0
Λ.,	Au acure des deux dernières comeines				
àφ	cours des deux dernières semaines, quelle fréquence avez-vous été rturbé par les aspects suivants ?	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
6	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à entreprendre des choses ?	<b>(</b>	0	<b>(</b>	3
7	Vous êtes-vous senti(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?	0	0	<b>(</b> )	3
					Non
8	De manière générale, comment décririez-vous votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e)?	Sans tension	Un peu tendue	Très tendue	applicable
9	Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends :	Sans difficulté	Avec un peu de difficulté	Avec beaucoup de difficultés	Non applicable
		$\circ$	$\circ$	$\circ$	
10	Au cours de la semaine dernière, combien de jours vous ou d'autres membres de la famille avez fait la		3 4	<u>(5)</u> (6) (7)	)



# SWYC<sup>™</sup> 60 mois

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

Child's Name:
Birth Date:
Todav's Date:

#### ÉTAPES CLÉS DU DÉVELOPPEMENT

La plupart des enfants de cet âge seront capables d'effectuer certaines des tâches de développement énumérées cidessous (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 raconte une histoire tirée d'un livre ou d'un programme télé $\cdot$ $\cdot$	<b>(6)</b>	1	2
Il/elle dessine des formes simples, comme un cercle ou un carré $\cdot$ $\cdot$ $\cdot$	<b>o</b>	1	2
II/elle dit des mots comme « chevaux » pour désigner plus d'un cheval et « animaux » pour désigner plus d'un animal · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(6)</b>	1	2
Utilise de manière appropriée les mots tels que « hier » et « demain » · ·	<b>(6)</b>	1	2
II/elle n'urine pas pendant son sommeil · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b>	1	2
II/elle respecte les principes simples lorsqu'il/elle joue à un jeu de société ou à un jeu de cartes · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>o</b>	1	2
II/elle écrit son nom· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<b>(</b>	1	2
II/elle dessine des images que vous reconnaissez · · · · · · · · · ·	<b>(</b>	1	2
Colorie en respectant les lignes	<b>(</b>	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)

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
elle nerveux(se) ou effrayé(e) ? · · · · · · · · ·	0	1	2
elle triste ou malheureux(se) ? · · · · · · · · · · ·	0	1	2
elle si les choses ne sont pas faites d'une certaine manière ?	0	1	2
mal à accepter le changement ? · · · · · · · · ·	0	1	2
mal à jouer avec d'autres enfants ? · · · · · · · ·	0	1	2
e des choses exprès ? · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
avec d'autres enfants ?· · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
mal à être attentif ? · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
mal à se calmer ? · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
mal à se concentrer sur une activité ? · · · · · · ·	0	1	2
gressif(ve) ? · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
ité(e) ou incapable de rester assis(e) ?· · · · · · ·	0	1	2
$col\`{ere} \ ? \ \cdot \ \cdot$	0	1	2
enfant en public? · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
votre enfant ? · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
s besoins de votre enfant ?· · · · · · · · · · · · ·	0	1	2
te que votre enfant respecte un horaire ou un rituel ? $\cdot$ $\cdot$	0	1	2
te que votre enfant vous obéisse ? · · · · · · · ·	0	1	2
	·	•	



PF	ÉOCCUPATIONS DES PARENTS				
			Pas du tout	Un peu	Beaucoup
	ez-vous des préoccupations au sujet de l'apprentissa veloppement de votre enfant ?	age ou du	0	0	0
Ave	ez-vous des préoccupations au sujet du comportement	t de votre enfant ?	0	0	0
QL	IESTIONS RELATIVES À LA FAMILLE				
	rce que les membres de la famille peuvent avoir un i ons de répondre ci-dessous à quelques questions su		sur le développer		
				Ou	i Non
1	Y a-t-il sous le même toit que votre enfant un fumeu	r de tabac ?		0	N
	Avez-vous, au cours de l'année écoulée, consommé de		•	_	N
	Avez-vous eu l'impression de vouloir ou de devoir réduire votre consommation d'alcool ou de drogues au cours de l'année écoulée ?				
	Les habitudes alcooliques ou tabagiques d'un meml un effet néfaste sur votre enfant ?	s habitudes alcooliques ou tabagiques d'un membre de votre famille ont-elles déjà eu effet néfaste sur votre enfant ?			
			Jamais	Parfois	Souvent
5	Au cours des 12 derniers mois, nous nous sommes de l'éventualité d'épuiser nos réserves de nourriture d'avoir assez d'argent pour en acheter de nouveau	e avant	0	0	0
àq	cours des deux dernières semaines, welle fréquence avez-vous été rturbé par les aspects suivants ?	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
6	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à entreprendre des choses ?	<b>(</b>	0	<b>(</b>	3
7	Vous êtes-vous senti(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?	•	0	0	3
					Non
8	De manière générale, comment décririez-vous votre relation avec votre époux(se)/conjoint(e)?	Sans tension	Un peu tendue	Très tendue	applicable
9	Avec votre conjoint(e), réglez-vous vos différends :	Sans difficulté	Avec un peu de difficulté	Avec beaucoup de difficultés	Non applicable
	Au cours de la semaine dernière, combien de jours				
10	vous ou d'autres membres de la famille avez fait la		$\mathcal{C}$	(5) $(6)$ $(7)$	)