

Questionnaire complémentaire BCFPI - parent

Nom de l'enfant décrit dans ce questionnaire:
Date de naissance de l'enfant:
Votre nom (personne qui répond au questionnaire):
Votre lien à l'enfant:
La date aujourd'hui:
Pouvons-nous communiquer avec vous, afin de continuer notre suivi, par l'entremise d'un appel ou d'un autre questionnaire dans environ 6 mois?
Numéro de téléphone où nous pouvons vous rejoindre:
Meilleure heure pour prendre un appel:
Adresse où nous pouvons envoyer un autre questionnaire dans 6 mois: (si l'adresse est différente de celle où nous avons envoyé ce questionnaire)

Voici des exemples de problèmes qu'éprouvent parfois les enfants. Indiquer pour chaque énoncé s'il est JAMAIS vrai, PARFOIS vrai ou SOUVENT vrai dans le cas de votre enfant :

Remarquez-vous que votre enfant ...?	jamais	parfois	souvent
est facilement distrait(e), a de la difficulté à mener à bien une activité			
ne termine pas les projets entamés			
a de la difficulté à suivre des directives ou des instructions qu'on lui donne			
est impulsif(ive), agit sans réfléchir			
passse d'une activité à l'autre			
est très agité(e)			
Remarquez-vous que votre enfant ...?	jamais	parfois	souvent
est d'humeur maussade			
défie les adultes, leur répond			
accuse les autres lorsqu'il (elle) fait des bêtises			
est facilement agacé(e) par les autres			
se dispute beaucoup avec les adultes			
est révolté(e) et rancunier(ière)			

<i>Est-ce que votre enfant ... ?</i>	jamais	parfois	souvent
commet des vols à la maison			
brises ce qui appartient à d'autres personnes			
fait du vandalisme			
s'est introduit(e) par effraction chez quelqu'un, dans un édifice, ou dans une automobile			
est physiquement agressif(ive)			
se bat avec des armes			
<i>Remarquez-vous que votre enfant ... ?</i>	jamais	parfois	souvent
craint qu'il n'arrive un malheur à un être cher			
a peur d'être séparé(e) des êtres chers			
a peur de s'endormir si un parent n'est pas présent			
est très peiné(e) lorsqu'il (elle) quitte un être cher			
est très peiné(e) lorsqu'il (elle) est loin d'un être cher			
se plaint de malaises lorsqu'il (elle) doit quitter un être cher			
<i>Remarquez-vous que votre enfant ... ?</i>	jamais	parfois	souvent
s'inquiète de devoir améliorer tout ce qu'il (elle) fait			
s'inquiète de ses comportements antérieurs			
a peur de faire ce qu'il ne faut pas			
s'inquiète de l'avenir			
a peur de se tromper			
cherche trop à plaire			
<i>Remarquez-vous que votre enfant ... ?</i>	jamais	parfois	souvent
ne s'intéresse pas à ses activités habituelles			
ne tire aucun plaisir des activités de la vie quotidienne			
a de la difficulté à s'amuser			
n'est pas aussi heureux(euse) que les autres enfants			
se sent désespéré(e)			
est malheureux(euse), triste ou déprimé(e)			

Les questions suivantes concernent le fonctionnement quotidien de votre enfant et comment tout ceci peut l'avoir affecté(e). S'il vous plaît cocher « PAS DU TOUT », « UN PEU », ou « BEAUCOUP ».

	pas du tout	un peu	beaucoup
À quel point est-ce que votre enfant s'est retiré(e) ou isolé(e) des autres à cause de ces problèmes?			
À quel point est-ce que votre enfant interagit moins avec d'autres enfants à cause de ces problèmes?			
À quel point est-ce que la vie de votre enfant est devenue moins agréable à cause de ces problèmes?			
À quel point est-ce que votre enfant a eu de la difficulté à s'entendre avec vous ou votre partenaire à cause de ces problèmes?			
À quel point est-ce que votre enfant a été irritable ou s'est disputé(e) avec ses ami(e)s à cause de ces problèmes?			
À quel point est-ce que votre enfant a de la difficulté à s'entendre avec ses enseignant(e)s à cause de ces problèmes?			
À quel point est-ce que votre enfant s'est absenté(e) de l'école à cause de ces problèmes?			
À quel point est-ce que le rendement scolaire de votre enfant a baissé à cause de ces problèmes?			

Maintenant quelques questions sur les divers effets que peuvent avoir le comportement de votre enfant sur vous et votre famille. Cocher si elles s'appliquent « JAMAIS », « PARFOIS », « SOUVENT » ou « TOUJOURS ».

	jamais	un peu	souvent	toujours
Avec quelle fréquence est-il arrivé que le comportement de votre enfant vous empêche de l'emmener dans un lieu public, faire des emplettes ou visiter quelqu'un?				
Avec quelle fréquence est-il arrivé que le comportement de votre enfant vous pousse à ne pas le (la) laisser avec un(e) gardien(ne) ou une autre personne responsable?				
Avec quelle fréquence le comportement de votre enfant vous a-t-il empêché de recevoir des amis, de la parenté ou des voisins chez vous?				
Avec quelle fréquence le comportement de votre enfant a-t-il empêché ses frères et soeurs de recevoir des amis, de la parenté ou des voisins chez vous?				
Avec quelle fréquence le comportement de votre enfant a-t-il engendré des querelles entre vous et votre conjointe(e) ou des membres de la famille?				
Avec quelle fréquence le comportement de votre enfant vous a-t-il rendu(e) nerveux(euse) ou inquiet(ète) quant à ses chances de réussite?				
Avec quelle fréquence les voisin(e)s, la parenté ou ami(e)s se sont-ils(elles) montré(e)s inquiet(e)s du comportement de votre enfant?				

Les items suivants décrivent certaines façons dont les gens se sentent à différents moments. Au cours de la dernière semaine, combien de fois pouvez-vous dire:

	moins d'un jour	1-2 jours	3-4 jours	5 –7 jours
Je ne voulais pas manger, je n'avais pas d'appétit.				
J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais.				
Je me sentais déprimé.				
J'ai mal dormi.				
Je me sentais triste.				
Je ne pouvais entreprendre quoi que ce soit; j'étais incapable de me motiver.				

Cocher à quel degré vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les énoncés suivants concernant votre famille.

	entièrement d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord
En temps de crise, nous nous appuyons les uns les autres.				
Les membres de la famille sont acceptés pour eux-mêmes.				
Nous pouvons parler de nos sentiments.				
Nous pouvons prendre des décisions sur la façon de régler les problèmes.				
Nous ne nous entendons pas très bien.				
Nous pouvons nous faire confiance.				

S'il vous plaît donner votre opinion du service que vous avez reçu.

Que pensez-vous de.....?	médiocre	satisfaisant	bon	très bon	excellent
La commodité de l'endroit où vous étiez desservi					
La période de temps où vous étiez sur la liste d'attente pour service					
L'heure de la journée prévue pour les services					
La courtoisie et du respect du personnel					
Les informations fournies pour vous aider à comprendre votre enfant					
Les stratégies que vous avez apprises pour aider votre enfant					
Les opportunités d'aider à prendre des décisions face aux services					
L'obligeance ou l'utilité des services reçus					
En général, que pensez-vous de la qualité du service que vous avez reçu?					

Merci. S'il vous plaît nous retourner le questionnaire complété dans l'enveloppe ci-jointe, ou à l'adresse ci-dessous.