

Data d'acciacund'houis

Questionnaire Parent- R

Name de l'enfant.

Chers parents ou tuteur.trice.s:

Être parent n'est pas toujours facile. Nous voulons aider les familles à créer un environnement sécuritaire pour les enfants. Nous posons donc à tout le monde ces questions sur les problèmes qui affectent de nombreuses familles. En cas de problème, nous essaierons de vous aider.

Veuillez répondre aux questions pour l'enfant qui a une visite médicale aujourd'hui. S'il y a plus d'un enfant, veuillez répondre "oui" si cela s'applique à l'un ou l'autre d'entre eux. Ce questionnaire est volontaire. Vous n'avez pas à répondre à une ou plusieurs questions si vous préférez ne pas le faire.

Date d'aujourd nui:/ Nom de l'emant :		
Date de naissance de l'enfant:/ Relation avec l'enfant :		
[v		
Veuillez cocher:		
□ Oui	□ Non	Souhaitez-vous que nous vous donnions le numéro de téléphone du centre antipoison ?
□ Oui	□ Non	Avez-vous besoin d'un détecteur de fumée pour votre maison ?
□ Oui	□ Non	Est-ce que quelqu'un fume à la maison ?
□ Oui	□ Non	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu peur de manquer de nourriture avant de pouvoir en acheter d'autre ?
□ Oui	□ Non	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de manquer de nourriture et de ne pas avoir d'argent pour en acheter d'autre?
□ Oui	□ Non	Avez-vous souvent l'impression que votre enfant est difficile à élever?
□ Oui	□ Non	Trouvez-vous parfois que vous avez besoin de taper ou de frapper votre enfant ?
□ Oui	□ Non	Souhaiteriez-vous avoir plus d'aide avec votre enfant?
□ Oui	□ Non	Vous sentez-vous souvent soumis.e à un stress extrême ?
□ Oui	□ Non	Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti.e déprimé.e, dépressif.ve ou sans espoir?
□ Oui	□ Non	Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?
Lorsque vous pensez aux 3 derniers mois :		
□ Oui	□ Non	Vous et un.e partenaire vous êtes-vous beaucoup disputés ?
□ Oui	□ Non	Un.e partenaire vous a-t-il menacé.e, bousculé.e, frappé.e ou donné un coup de pied, ou vous a-t-il.elle blessé.e physiquement de quelque manière que ce soit ?
□ Oui	□ Non	Avez-vous bu 4 verres d'alcool ou plus en une journée ?
□ Oui	□ Non	Avez-vous consommé une drogue illégale ou un médicament sur ordonnance pour des raisons non médicales ?
□ Oui	□ Non	Autres choses pour lesquelles vous aimeriez avoir de l'aide aujourd'hui :

Veuillez remettre ce formulaire au médecin ou à l'infirmier.ère que vous voyez aujourd'hui. Nous vous encourageons à discuter de tout ce qui figure sur cette liste avec elle ou lui. Merci!