

Données sociodémographiques – Cohorte Générale

Lisez chacune des questions et répondez en cochant la case qui correspond à votre situation.

1- Quelle est la langue parlée à la maison ?

Français

Autres. Précisez :

Anglais

2- Quel est votre lieu de naissance ?

Mère : _____

Père : _____

3- Quel est votre niveau de scolarité ?

Mère

- Moins d'une 7^{ème} année;
- Études Secondaires partiellement complétées;
- Diplôme d'Études Secondaires obtenu;
- Études Collégiales partiellement complétées;
- Diplôme d'Études Collégiales obtenu;
- Études Universitaires partiellement complétées
- Diplôme d'Études Universitaires obtenu

Père

- Moins d'une 7^{ème} année;
- Études Secondaires partiellement complétées;
- Diplôme d'Études Secondaires obtenu;
- Études Collégiales partiellement complétées;
- Diplôme d'Études Collégiales obtenu;
- Études Universitaires partiellement complétées
- Diplôme d'Études Universitaires obtenu

4- Quel est votre revenu familial brut annuel ?

Moins de 5000 \$

Entre 5 000 et 10 000\$

Entre 5 000 et 10 000\$

Entre 10 001 et 15 000\$

Entre 15 001 et 20 000\$

Entre 20 001 et 25 000\$

Entre 25 001 et 30 000\$

Entre 30 001 et 35 000\$

Entre 35 001 et 40 000\$

Plus de 40 000\$

Plus de 60 000\$

Plus de 80 000\$

Plus de 100 000\$

Plus de 200 000\$

5- Quelle est votre occupation actuelle ?

Mère

Salariée à temps plein

Salariée à temps partiel

Contractuelle

À la maison

Autres, précisez : _____

- Père**
- Salariée à temps plein
 - Salariée à temps partiel
 - Contractuelle
 - À la maison
 - Autres, précisez : _____

6- Dans quel type de famille vit l'enfant ?

- Une famille nucléaire
- Une famille recomposée
- Selon des modalités de gardes, précisez : _____

Avez-vous parfois recours à du soutien de la part des membres de votre famille, d'amis ou d'une gardienne ?

1/ Soutien **physique**

- peu satisfaisant moyennement satisfaisant satisfaisant

2/ Soutien **moral**

- peu satisfaisant moyennement satisfaisant satisfaisant

3/ Soutien **financier**

- peu satisfaisant moyennement satisfaisant satisfaisant

7- À part _____ avez-vous d'autres enfants ? oui non

Si oui, est-il (sont-ils) atteint(s) d'autisme
ou d'un autre trouble du spectre de l'autisme? oui non

A-t-il (ont-ils) d'autres particularités du développement, de l'apprentissage (ex : TDAH, déficience
intellectuelle, syndromes génétiques) ?

- oui non

Si oui, nommez-là : _____

Données concernant l'enfant

8- Quel est le diagnostic de l'enfant ?

- Trouble autistique
- Syndrome de Rett
- Troubles désintégratifs de l'enfance
- Syndrome d'Asperger
- Trouble envahissant du développement non spécifié /Autisme atypique

9- À quel âge remonte les premiers soupçons quant à ce diagnostic ?

10- De qui sont venus les premiers soupçons ?

11- Quelle a été votre démarche pour obtenir le diagnostic ?

12- Quelle a été la durée d'attente avant l'évaluation diagnostique?

13- Quelle a été la durée d'attente entre la date retenue pour l'évaluation diagnostique et la date d'obtention du rapport écrit de diagnostic ?

14- Votre enfant a-t-il d'autres diagnostics ou particularités ?

15- Les premiers contacts avec le CRDITED ont eu lieu : ____/____/20____
(J) (M) (A)

16- À quelle fréquence ont lieu les interventions du CRDITED, aux services ICI?

- 1 jour/semaine 5 jours/semaine
 2 jours/semaine Autres, précisez : _____
 3 jours/semaine _____
 4 jours/semaine _____

17- Comment et par qui avez-vous été informé des services que vous pourriez recevoir ?

18- Combien de mois êtes-vous resté sur la liste d'attente des CRDITED pour avoir accès aux services ICI ?

19- À quelle date a débuté l'Intervention Comportementale Intensive (ICI) ? ____/____/20____
(J) (M) (A)

20- Quelle a été la fréquence des contacts avec le CRDITED avant le début des interventions ?

21- Quels types de services avez-vous reçu avant le début de l'Intervention Comportementale Intensive (ICI)?

- Soutien aux parents
 Soutien à la fratrie
 Répit
 Autres : _____

22- Quel type de services avez-vous reçu en cours d'intervention ICI ?

CSSS

Soutien aux parents Soutien à la fratrie Répît

Autres : _____

Communautaire

Soutien aux parents Soutien à la fratrie Répît

Autres : _____

Association de parents

Soutien aux parents Soutien à la fratrie Répît

Autres : _____

Autres : _____

23- Au cours des 12 derniers mois, votre enfant a-t-il suivi une diète spéciale ?

oui non

Si oui laquelle ?

Sans gluten (farine, céréales)

Vitamines

Sans caséine (produits laitiers)

Sans sécrétine (hormones)

Sans gluten, sans caséine

Autres, Précisez : _____

Sans levure (boulangerie)

24- Autres que ceux reçus au CRDITED, votre enfant reçoit-il ou a-t-il reçu d'autres types de d'intervention ou thérapie ?

oui non (Si vous avez coché «non», aller directement à la question 25)

/Thérapie sensorielle

a/Dispensateur :

privé public communautaire Autres : _____

b/ S'il y a lieu, quelle est le temps alloué à cette intervention ou thérapie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | <input type="checkbox"/> 1 heure par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois aux 2 semaines | <input type="checkbox"/> 3 à 5 heures par semaines |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une heure par semaine | <input type="checkbox"/> 5 heures et plus par semaine |

c/S'il y a lieu, quelle a été la durée de cette intervention ou thérapie avant le début de l'intervention au CRDITED?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 18 mois |
| <input type="checkbox"/> 24 mois et plus | |

Groupe de jeux intégrés

a/Dispensateur :

privé public communautaire Autres : _____

b/ S'il y a lieu, quelle est le temps alloué à cette intervention ou thérapie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | <input type="checkbox"/> 1 heure par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois aux 2 semaines | <input type="checkbox"/> 3 à 5 heures par semaines |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une heure par semaine | <input type="checkbox"/> 5 heures et plus par semaine |

c/S'il y a lieu, quelle a été la durée de cette intervention ou thérapie avant le début de l'intervention au CRDITED?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 18 mois |
| <input type="checkbox"/> 24 mois et plus | |

Arts : _____

a/Dispensateur :

privé public communautaire Autres : _____

b/ S'il y a lieu, quelle est le temps alloué à cette intervention ou thérapie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | <input type="checkbox"/> 1 heure par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois aux 2 semaines | <input type="checkbox"/> 3 à 5 heures par semaines |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une heure par semaine | <input type="checkbox"/> 5 heures et plus par semaine |

c/S'il y a lieu, quelle a été la durée de cette intervention ou thérapie avant le début de l'intervention au CRDITED?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 18 mois |
| <input type="checkbox"/> 24 mois et plus | |

Ergothérapie

a/Dispensateur :

privé public communautaire Autres : _____

b/ S'il y a lieu, quelle est le temps alloué à cette intervention ou thérapie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | <input type="checkbox"/> 1 heure par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois aux 2 semaines | <input type="checkbox"/> 3 à 5 heures par semaines |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une heure par semaine | <input type="checkbox"/> 5 heures et plus par semaine |

c/S'il y a lieu, quelle a été la durée de cette intervention ou thérapie avant le début de l'intervention au CRDITED?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 18 mois |
| <input type="checkbox"/> 24 mois et plus | |

Orthophonie

a/Dispensateur :

privé public communautaire Autres : _____

b/ S'il y a lieu, quelle est le temps alloué à cette intervention ou thérapie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | <input type="checkbox"/> 1 heure par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois aux 2 semaines | <input type="checkbox"/> 3 à 5 heures par semaines |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une heure par semaine | <input type="checkbox"/> 5 heures et plus par semaine |

c/S'il y a lieu, quelle a été la durée de cette intervention ou thérapie avant le début de l'intervention au CRDITED?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 18 mois |
| <input type="checkbox"/> 24 mois et plus | |

TEACCH

a/Dispensateur :

privé public communautaire Autres : _____

b/ S'il y a lieu, quelle est le temps alloué à cette intervention ou thérapie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | <input type="checkbox"/> 1 heure par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois aux 2 semaines | <input type="checkbox"/> 3 à 5 heures par semaines |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une heure par semaine | <input type="checkbox"/> 5 heures et plus par semaine |

c/S'il y a lieu, quelle a été la durée de cette intervention ou thérapie avant le début de l'intervention au CRDITED?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 18 mois |
| <input type="checkbox"/> 24 mois et plus | |

PECS

a/Dispensateur :

privé public communautaire Autres : _____

b/ S'il y a lieu, quelle est le temps alloué à cette intervention ou thérapie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | <input type="checkbox"/> 1 heure par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois aux 2 semaines | <input type="checkbox"/> 3 à 5 heures par semaines |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une heure par semaine | <input type="checkbox"/> 5 heures et plus par semaine |

c/S'il y a lieu, quelle a été la durée de cette intervention ou thérapie avant le début de l'intervention au CRDITED?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 18 mois |
| <input type="checkbox"/> 24 mois et plus | |

ICI / ABA

a/Dispensateur :

privé public communautaire Autres : _____

b/ S'il y a lieu, quelle est le temps alloué à cette intervention ou thérapie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | <input type="checkbox"/> 1 heure par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois aux 2 semaines | <input type="checkbox"/> 3 à 5 heures par semaines |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une heure par semaine | <input type="checkbox"/> 5 heures et plus par semaine |

c/S'il y a lieu, quelle a été la durée de cette intervention ou thérapie avant le début de l'intervention au CRDITED?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 18 mois |
| <input type="checkbox"/> 24 mois et plus | |

Autres, précisez : _____

a/Dispensateur :

privé public communautaire Autres : _____

b/ S'il y a lieu, quelle est le temps alloué à cette intervention ou thérapie ?

Une fois par mois 1 heure par semaine
 Une fois aux 2 semaines 3 à 5 heures par semaines
 Moins d'une heure par semaine 5 heures et plus par semaine

c/S'il y a lieu, quelle a été la durée de cette intervention ou thérapie avant le début de l'intervention au CRDITED?

1 mois 6 mois
 2 mois 12 mois
 3 mois 18 mois
 24 mois et plus

25- S'il y a lieu, votre enfant reçoit-il des services de garde ?

oui non

Si oui :

en CPE en privé
 en milieu familial à la maison

26- S'il y a lieu, votre enfant est-il inscrit à l'école ?

oui non

Si oui, dans quel type d'école est inscrit votre enfant?

a/ Une école régulière
Et il fréquente : une classe régulière une classe d'adaptation

b/ Une école spécialisée

27- Quelle est le nombre d'heures de fréquentation du milieu de garde ou scolaire par semaine ?

_____ heures par semaine

28- Combien d'enfant y-a-t-il dans son groupe ou sa classe?

_____ enfants

Quelle évaluation faites-vous du niveau de fonctionnement de votre enfant ? _____/100

NE PAS DIFFUSER

NE PAS DIFFUSER