



ESSENCE-Q-REV (Gillberg C 2012)



traduit par Richard Delorme

Nom de l'enfant:	
-------------------------	--

Age:		Evaluateur:	
Sexe:		Date:	

Veillez prendre quelques minutes pour lire et remplir les items suivants :

- ❖ **O= Oui**
- ❖ **P/L= Peut-être/Légèrement**
- ❖ **N= Non**

Avez-vous (ou n'importe qui d'autre – qui ? _____) été inquiet pendant plus d'un mois au sujet de votre enfant, sur les items suivants :

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Développement global | <input type="checkbox"/> |
| 2. Développement moteur/Etapes de développement | <input type="checkbox"/> |
| 3. Reactions sensorielles (par ex: toucher, bruit, lumière, odeur, goût, chaleur, froid, douleur) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Communication/Langage/Babillage | <input type="checkbox"/> |
| 5. Activité (hyperactivité/passivité) ou impulsivité | <input type="checkbox"/> |
| 6. Attention/Concentration/Ecout | <input type="checkbox"/> |
| 7. Interactions sociales/Intérêt pour les autres enfants | <input type="checkbox"/> |
| 8. Comportement (par ex. : répétitif, routinier) | <input type="checkbox"/> |
| 9. Humeur (dépressive, élation/manie, irritabilité majeure, crises de larmes) | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sommeil | <input type="checkbox"/> |
| 11. Alimentation | <input type="checkbox"/> |
| 12. Crises partielles/Absences | <input type="checkbox"/> |

Pour les items avec réponses O ou P/L, merci de faire ici une description brève :
