



QUESTIONNAIRE POUR MÈRE OU PÈRE

ou personne qui est le plus comme mère ou père

(c'est-à-dire quelqu'un qui est/était très proche de «participant NICO»)

Veillez noter que le fait de nous retourner ce questionnaire rempli signifie que **VOUS CONSENTEZ** à participer au volet questionnaire de l'étude NICO. Si vous ne voulez pas répondre au questionnaire, veuillez nous le retourner non-complété dans l'enveloppe préaffranchie afin de nous communiquer votre refus. Merci beaucoup pour votre participation.

1. Votre nom: _____
Prénom Nom

2. Date d'aujourd'hui? ____/____/2009
Jour Mois

3. Quelle est votre date de naissance? ____/____/____
Jour Mois Année

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR «participant NICO». Dans ce questionnaire, «participant NICO» est:

Nom «participant NICO»

4. Quel est votre lien avec «participant NICO»?

- Mère biologique
- Père biologique
- Beau-père
- Belle-mère
- Autre (précisez) _____

5. Après combien de semaines de grossesse «participant NICO» est-il(elle) né(e)?

- À terme (40 semaines) OU À ____ semaines
- Je ne sais pas

6. En général, diriez-vous que la santé de «participant NICO» à la naissance était ...? Veuillez faire un cercle autour de votre réponse.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Très faible Excellente

7. Quel était le poids de «participant NICO» à sa naissance?

- ____ livres ____ onces OU ____ kilogrammes ____ grammes
- Je ne sais pas

8. Dans votre famille, «participant NICO» est l'enfant né...?

- Le premier (enfant le plus âgé de la famille)
- Le deuxième
- Le troisième
- Le quatrième ou plus

9. Est-ce que «participant NICO» a été allaité(e) après sa naissance, même si ce n'est que pendant une courte période de temps?

- Non → Allez à la question 11
- Oui
- Je ne sais pas → Allez à la question 11

10. Pendant combien de temps «participant NICO» a-t-il/elle été allaité(e)?

- Moins d'une semaine
- 1-4 semaines
- 2-3 mois
- 4-6 mois
- 7-9 mois
- 10-12 mois
- Plus de 12 mois
- Je ne sais pas

11. «Participant NICO» a-t-il(elle) été nourri(e) au biberon?

- Non → Allez à la question 14
- Oui
- Je ne sais pas → Allez à la question 14

12. Quel âge avait «participant NICO» lorsqu'il(elle) a été nourri(e) au biberon pour la première fois?

- ____ semaines OU ____ mois
- Je ne sais pas

13. Quel âge avait «participant NICO» lorsqu'il(elle) a été nourri(e) au biberon pour la dernière fois?

- ____ semaines OU ____ mois
- Je ne sais pas

14. «Participant NICO» a-t-il(elle) été nourri(e) au biberon avec...?

	Non	Oui		Non	Oui
Lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Café avec sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation pour bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Café sans sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jus de fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau avec du sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boissons fruitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thé avec sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lait au chocolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thé sans sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koolaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Quel âge avait «participant NICO» lorsqu'il/elle a cessé de sucer son pouce?

- N'a jamais sucé son pouce
 _____ mois **OU** _____ ans
 Je ne sais pas

16. À quel âge a eu lieu la première visite de «participant NICO» chez le dentiste?

- N'est jamais allé chez le dentiste
 → Allez à la question 19
 _____ mois **OU** _____ ans
 Je ne sais pas

17. Quelle fut la raison de sa première visite? Cochez une seule réponse.

- Contrôle, examen de routine, nettoyage
 Il/elle avait un problème dentaire
 Recommandation de l'hygiéniste de l'école ou autre professionnel de la santé
 Pour s'habituer aux visites chez le dentiste
 Pour un traitement d'orthodontie
 Autre raison (précisez) _____
 Je ne sais pas

18. À quelle fréquence «participant NICO» allait chez le dentiste...?

	Moins souvent qu'aux 2 ans	À tous les deux ans	Une fois par année	Plus qu'une fois par année	Je ne sais pas
Avant l'école primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'école primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'école secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. À quelle fréquence «participant NICO» a-t-il(elle) reçu des traitements au fluor ...?

	Jamais	Moins souvent qu'aux 2 ans	À tous les deux ans	Une fois par année	Plus qu'une fois par année	Je ne sais pas
Chez le dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Quel âge avait «participant NICO» lorsqu'il/elle a commencé à se brosser les dents?

- _____ ans
 Je ne sais pas

21. Au cours de son enfance, combien de fois par jour «participant NICO» brossait-il(elle) ses dents?

- Trois fois par jour ou plus
 Deux fois par jour
 Une fois par jour
 Moins fréquemment
 Je ne sais pas

22. Est-ce que la mère biologique de «participant NICO» a fumé la cigarette...?

	Jamais	À l'occasion	Tous les jours	Je ne sais pas
Durant le <u>premier trimestre</u> (mois 1-3) de la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durant le <u>deuxième trimestre</u> (mois 4-6) de la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durant le <u>troisième trimestre</u> (mois 7-9) de la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant que «participant NICO» commence l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque «participant NICO» était à l'école primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Est-ce que la mère biologique de «participant NICO» a consommé de l'alcool (vin, bière, liqueur) pendant sa grossesse?

- Jamais
 Moins d'une fois par mois
 1-3 fois par mois
 Une fois par semaine
 2-3 fois par semaine
 4-6 fois par semaine
 Tous les jours
 Je ne sais pas

24. Est-ce que le père biologique ou le beau-père de «participant NICO» a fumé la cigarette...?

	Jamais	À l'occasion	Tous les jours	Ne s'applique pas
Durant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant que «participant NICO» aille à l'école primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque «participant NICO» était à l'école primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Les éléments suivants décrivent-ils «participant NICO» au primaire et/ou au secondaire?

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Interrompait fréquemment les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'est enfui de la maison pour une nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentait fréquemment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A fait mal physiquement aux autres, de façon délibérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A souvent volé des objets ou fait du vol à l'étalage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Était facilement distrait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A fait l'école buissonnière fréquemment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avait souvent de la difficulté à rester assis sans bouger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A délibérément détruit la propriété d'autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent n'écoutait pas quand on lui parlait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A souvent commencé des batailles avec les voisins ou camarades de classes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A souvent menacé ou intimidé les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Était physiquement cruel envers les animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évitait souvent de faire ses devoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est entré par effraction dans une maison ou automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne voulait souvent pas aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Au cours de son enfance, à quelle fréquence est-ce que «participant NICO»...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Ne sais pas
Ronflait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronflait très bruyamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respirait fortement ou bruyamment durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A eu des problèmes ou de la difficulté à respirer durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A arrêté de respirer durant son sommeil ou s'est réveillé en suffoquant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grinçait des dents durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A reçu des traitements dentaires (plombages, extraction dentaire, enduit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A eu une sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A eu le rhume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Est-ce que «participant NICO» est allé à la garderie.....?

- Non → Allez à la question 30
 Oui

28. À quel âge «participant NICO» est-il/elle allé(e) à la garderie pour la première fois?

_____ ans

29. À quel âge «participant NICO» a-t-il/elle cessé d'aller à la garderie?

_____ ans

30. Au cours de son enfance, lorsque «participant NICO» rencontrait de nouveaux enfants ou se faisait de nouveaux amis(es), était-il(elle) ...?

- Pas du tout timide
 Rarement timide
 Parfois timide
 Souvent timide

31. Est-ce que «participant NICO» a déjà vécu un des événements suivants? Si oui, ceci lui a-t-il(elle) causé beaucoup de soucis ou de chagrin? Quel âge avait-il(elle) lorsque ceci est arrivé (la première fois)?

	Ceci est arrivé		Arrivé la première fois à ...	Ceci a causé du soucis et/ou du chagrin	
Mère biologique décédée	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Père biologique décédé	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Décès dans la famille (autre que mère ou père)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Divorce ou séparation des parents	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Déménagement de la famille	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Il/elle a été hospitalisé(e)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Il/elle a été placé en foyer d'accueil	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autre éloignement des parents	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Maladie ou blessure	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Maladie ou blessure d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Abus ou peur d'être victime d'abus	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Alcoolisme ou trouble de santé mentale dans la famille	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Conflit entre les parents	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Perte d'emploi d'un parent	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Changement dans la situation financière familiale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Naissance d'un autre enfant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autre changement dans la famille immédiate	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Changement d'école	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

32. Est-ce que «participant NICO» a reçu des services spécialisés pour des difficultés d'apprentissage ou de comportement à l'école?

- Non
 Oui
 Je ne sais pas

33. Est-ce que «participant NICO» a doublé ou échoué une année à l'école (incluant la maternelle)?

- Non
 Oui
 Je ne sais pas

34. Est-ce que «participant NICO» a déjà souffert de l'un ou l'autre des problèmes de santé chroniques suivants qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé? Si oui, quel âge avait-il(elle) lorsque le diagnostic a été posé pour la première fois? Vous a-t-on prescrit des médicaments pour ce problème?

	Non	Oui	Age lors du diagnostic	Médica-ment(s) prescrit(s)	
Anxiété de séparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autre trouble anxieux (phobie, trouble obsessionnel-compulsif, attaques de panique, trouble anxieux généralisé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Trouble du comportement (trouble oppositionnel, trouble des conduites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Trouble d'apprentissage (dyslexie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Schizophrénie ou psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Problème de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Problème d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Trouble du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

35. Est-ce que la mère biologique de «participant NICO» a travaillé..?

	Non	Temps plein	Temps partiel	Je ne sais pas
Durant le <u>premier trimestre</u> (mois 1-3) de la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durant le <u>deuxième trimestre</u> (mois 4-6) de la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durant le <u>troisième trimestre</u> (mois 7-9) de la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant que «participant NICO» ait débuté l'école primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque «participant NICO» était à l'école primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C'est tout! Merci beaucoup.