

Nom du patient: _____
 Date de naissance: _____ No de dossier: _____
 Nom du médecin: _____ Date: _____

Formulaire CADDRA du médecin pour le suivi du TDAH

Nom du patient: _____		Date de naissance: _____		Date de l'examen: _____			
Autre personne présente durant l'examen: _____							
Médecin:			Autre(s) thérapeute(s) impliqué(s):				
Médicaments actuels:		Dose & fréquence	Effets thérapeutiques	Effets secondaires			
Adhésion au traitement (prise de médicaments telle que prescrite) <input type="checkbox"/> TOTALE <input type="checkbox"/> PARTIELLE (doses manquées, n'a pas respecté la prescription) <input type="checkbox"/> AUCUNE (arrêté la prise de médicaments pour au moins 1 sem)							
Développement depuis le dernier rendez-vous:							
Poids:	Taille:	BP:	Pouls:	Observations:			
Opinion:							
Axe I <input type="checkbox"/> TDAH, Combiné <input type="checkbox"/> Trouble d'opposition avec provocation <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Tics <input type="checkbox"/> TDAH, Inattention <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage <input type="checkbox"/> Trouble des conduites <input type="checkbox"/> Trouble du langage <input type="checkbox"/> Autre							
Axe II <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité <input type="checkbox"/> Retard mental							
Axe III (anomalies physiques)							
Axe IV <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Extrême			Axe V (évaluation globale du fonctionnement) /100				
Sévérité de la difficulté		<input type="checkbox"/> Limite	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Prononcée	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Extrême
<input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> Nette amélioration	<input type="checkbox"/> Faible amélioration	<input type="checkbox"/> Aucun changement	<input type="checkbox"/> Faible détérioration	<input type="checkbox"/> Détérioration	<input type="checkbox"/> Nette détérioration	<input type="checkbox"/> Extrême
Plan de traitement:							
Médication: <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Baisse <input type="checkbox"/> Augmentation <input type="checkbox"/> Changement							
Psychologique/Autre:							
École/Travail:							
Plan de suivi:							
Signature:				Date:			
<input type="checkbox"/> Copie envoyée à:							