

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – PARENT REPORT (WFIRS-P)
version française - non validée-

DIRECTIVES: Encercler le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets des troubles émotionnels ou de comportement de votre enfant sur chaque item pendant le dernier mois écoulé.

		Jamais ou Pas du tout	Parfois ou De façon légère	Souvent ou De façon modérée	Très souvent ou De façon grave	Sans objet	
A. FAMILLE							
Les troubles émotionnels ou de comportement de mon enfant:							
Date: _____ / / / jour/mois/année	1.	Nuisent aux relations avec ses frères et soeurs	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Votre nom: _____	2.	Caused des problèmes dans notre couple	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Type de lien avec l'enfant: _____	3.	Réduisent le temps que la famille peut consacrer au travail ou aux activités	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant: _____	4.	Caused des querelles familiales	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
_____	5.	Isolent la famille des amis et nuisent aux activités sociales	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Date de naissance de l'enfant: _____ / / / jour/mois/année	6.	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Niveau scolaire de l'enfant: _____	7.	Rendent le rôle de parent plus difficile	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Âge de l'enfant: _____	8.	Empêchent de donner autant d'attention à tous les membres de la famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Sexe de l'enfant: <input type="checkbox"/> masculin	9.	Déclenchent des coups ou des cris à son endroit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> féminin	10.	Entraînent des dépenses additionnelles	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

Utilisé avec la permission des auteurs pour un usage illimité par les membres de la CADDRA.

WFIRS-P

B. APPRENTISSAGE ET ÉTUDES

Jamais ou Pas du tout
Parfois ou De façon légère
Souvent ou De façon modérée
Très souvent ou De façon grave
Sans objet

Les troubles émotionnels ou de comportement de mon enfant:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 1. Caused des retards dans les devoirs et les leçons | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Augmentent le besoin d'assistance à l'école | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Obligent à obtenir de l'aide pour les études (tutorat) | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Caused des problèmes pour l'enseignant en classe | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Doit être mis à l'écart ou retiré de la classe | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Présente des problèmes dans la cours d'école | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 7. A des retenues pendant ou après les classes | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 8. A été suspendu ou expulsé de l'école | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Manque des cours ou arrive en retard | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 10. A des notes inférieures à son potentiel | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |

C. APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE

Jamais ou Pas du tout
Parfois ou De façon légère
Souvent ou De façon modérée
Très souvent ou De façon grave
Sans objet

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 1. Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéos | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Problèmes d'hygiène personnelle (se laver, se brosser les dents, se peigner, prendre un bain, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Difficulté à se préparer à temps pour l'école | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Difficulté à se préparer au coucher | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Problèmes d'alimentation (enfant capricieux ou adepte des aliments non nutritifs) | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Troubles du sommeil | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Accident ou blessure | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Inactivité physique | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Besoin plus grand de soins médicaux | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 10. Difficulté à prendre des médicaments, à recevoir des injections ou à aller chez le médecin ou le dentiste | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |

WFIRS-P

D. CONCEPT DE SOI (ENFANT)

	Jamais ou Pas du tout	Parfois ou De façon légère	Souvent ou De façon modérée	Très souvent ou De façon grave	Sans objet
Mon enfant:					
1. A une mauvaise perception de lui-même (d'elle-même)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. N'éprouve pas assez de plaisir dans la vie	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Est insatisfait de sa vie	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

E. FONCTIONNEMENT SOCIAL

	Jamais ou Pas du tout	Parfois ou De façon légère	Souvent ou De façon modérée	Très souvent ou De façon grave	Sans objet
Mon enfant:					
1. Est ridiculisé ou rudoyé par d'autres enfants	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Ridiculise ou rudoie d'autres enfants	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Ne s'entend pas bien avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. A de la difficulté à participer aux activités parascolaires (sports, musique, clubs)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. A de la difficulté à se faire de nouveaux amis	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. A de la difficulté à conserver ses amis	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. A des difficultés reliées aux fêtes d'enfant (il n'est pas invité; il refuse d'y assister; il se conduit mal)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

F. COMPORTEMENTS À RISQUE

	Jamais ou Pas du tout	Parfois ou De façon légère	Souvent ou De façon modérée	Très souvent ou De façon grave	Sans objet
Mon enfant:					
1. Se laisse facilement influencer par ses camarades	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Détruit ou endommage des objets	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Pose des gestes illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. A des ennuis avec la police	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Fume la cigarette	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Consomme des drogues illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. A des comportements dangereux	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Agresse autrui.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Tient des propos blessants ou inappropriés	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. A un comportement sexuel inapproprié	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

A. Famille	<input type="text"/>
B. Apprentissage et études	<input type="text"/>
C. Aptitudes à la vie quotidienne	<input type="text"/>
D. Concept de soi (Enfant)	<input type="text"/>
E. Fonctionnement social	<input type="text"/>
F. Comportements à risque	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>