

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Instructions - CADDRA pour l'évaluation de l'adolescent

Tu es présentement en processus d'évaluation pour le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ton médecin demandera à toi et à ceux qui te connaissent le mieux (parents et un enseignant) de compléter les formulaires suivants sur ton fonctionnement selon différentes situations.

Cette information doit être révisée par un médecin qualifié dans le cadre d'une évaluation globale du TDAH. Le TDAH n'est pas diagnostiqué seulement par le biais de questionnaires. En plus d'identifier les symptômes, il faut en déterminer les causes. Une évaluation médicale complète est nécessaire afin d'écartier d'autres problématiques possibles des symptômes présentés.

Ta participation est très importante, mais ne t'inquiète pas de «mal» répondre ou «de t'étiqueter». Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Des questions te seront demandées sur ton fonctionnement selon différentes situations. Si tu n'es pas sûr(e) de la réponse, indique celle qui te décrit le mieux dans cette situation. Chaque item du questionnaire est moins important que le portrait global, et cela permettra une meilleure évaluation par un professionnel qualifié.

Si tu habites dans deux milieux, il est important que des personnes habitant ces deux milieux remplissent ces questionnaires. Il est important que tes parents et toi preniez le temps nécessaire pour bien compléter tous les questionnaires requis. Cette information sur la façon dont tu fonctionnes dans différents contextes est essentielle. Par conséquent, il est également important qu'un de tes enseignants fournisse ses observations. S'il te plaît remet à un de tes enseignants les formulaires requis et leurs instructions.

Des tests supplémentaires peuvent être recommandés par ton professionnel de la santé. Ceci est particulièrement important si un trouble d'apprentissage, un trouble de langage ou de tout autre trouble de santé est soupçonné. Si tu n'as pas reçu copie des formulaires, instructions et documents, tu peux les obtenir et les imprimer à partir du site de CADDRA (www.caddra.ca)

Formulaires

Note: S'il te plaît complète les formulaires demandés par ton professionnel de la santé tels qu'indiqués ci-dessous. Il est possible qu'on te demande de les compléter en utilisant deux couleurs différentes afin de différencier lorsque tu es sous médication et sans médication.

Nom du document	Formulaires recommandés	À être complété par:		
		Patient	Chacun des parents	Enseignant
Weiss Symptom Record*	3		X	X
Weiss Functional Impairment Rating Scale - Self*	1	X		
Weiss Functional Impairment Rating Scale - Parent*	2		X	
Inventaire des symptômes du TDAH (symptômes actuels)	3		X	X
SNAP-IV-26*	3		X	X
Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant	1			X
Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique (si sous médication)	2		X	

* version française non validée

Ressources

S'il te plaît lis l'information sur le TDAH remise par ton professionnel de la santé. Les informations générales et ressources sur le TDAH par CADDRA peuvent être imprimées à partir du site www.caddra.ca.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Weiss Symptom Record (WSR) (version française - non validée)

<i>Consignes au répondant: Cochez la case qui s'applique le mieux au comportement décrit. Consignes au médecin: les symptômes notés 2 ou 3 sont positifs et calculez le total.</i>	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	# items notés 2 ou 3 (Critères DSM)
TDH COMBINÉ 314.01						≥6/9 IA & HI
INATTENTION 314.00						
Commet des erreurs d'inattention						
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes						
Ne semble pas écouter quand on lui parle						
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche						
Est désorganisé dans ses tâches et activités						
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)						
Perd des choses						
Est facilement distrait						
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours						/9 (≥6/9)
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01						
S'agite ou bouge sur son siège						
A de la difficulté à rester en place ou assis						
A la bougeotte						
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes						
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»						
Parle trop						
Répond avant la fin de la question						
A de la misère à attendre son tour						
A tendance à interrompre ou à déranger les autres						/9 (≥6/9)
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81						
Perd le contrôle de ses humeurs						
Argumente avec les adultes						
Est défiant ou refuse de suivre les consignes						
Embête les autres délibérément						
Blâme les autres plutôt que lui-même						
Est susceptible						
Est colérique ou rancunier						
Est méchant ou cherche à se venger						/8 (≥4/8)

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TICS 307.2						SÉVÉRITÉ
Mouvements involontaires répétés (clignement des yeux, contraction musculaire)						
Sons involontaires répétitifs (raclement de la gorge, reniflement)						
TROUBLE DES CONDUITES 312.8						
Intimide ou menace les autres						
Débute des altercations physiques						
A utilisé une arme (bâton, brique, bouteille, couteau, fusil)						
Est cruel envers les personnes						
Est cruel envers les animaux						
A volé la personne qu'il confrontait						
A forcé une personne à une activité sexuelle						
Met le feu avec l'intention de causer des dommages						
Détruit les biens des autres						
S'est introduit dans une maison, un immeuble ou une auto						
Ment pour obtenir ce qu'il veut ou éviter des responsabilités						
Vole des biens sans valeur et sans confronter la victime						
Ne rentre pas le soir malgré couvre-feu						
A fugué la nuit au moins à deux reprises						
S'absente de l'école ou du travail						/15(≥3/15)
ANXIÉTÉ						
Se tracasse concernant la santé, les êtres aimés, les catastrophes						300.02
Incapable de relaxer, est nerveux						300.81
Se plaint de douleurs chroniques inexplicables						300.3
Ne peut se départir de pensées étranges						
Fait la même chose plusieurs fois de suite						300.01
Attaques de panique soudaines avec anxiété intense						300.23
Extrêmement timide						
Refuse de faire des choses devant les autres						309.21
Refuse d'aller à l'école, au travail ou de se séparer des autres						300.29
Peurs irrationnelles qui interfèrent avec activités						312.39
Tire ses cheveux, sourcils						
Ronge ses ongles						
Refuse de parler en public, mais parle à la maison						mutisme
DÉPRESSION 296.2(simple) .3(récurrente)						
Se sent triste, malheureux ou dépressif	Oui		Non			Doit être présent
A perdu l'intérêt, est démotivé	Oui		Non			Doit être présent
Se sent sans valeur						
A moins d'énergie et est moins productif						
Est sans espoir et pessimiste envers le futur						
Sentiment de culpabilité excessif ou auto-accusation exagérée						
A des pensées d'automatation ou de suicide						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
DÉPRESSION (suite)						SÉVÉRITÉ
Retrait social						
Perte ou gain de poids significatif						
A un changement dans son sommeil						≥5/9>2sem
Agité ou léthargique, ralenti						
Présente un changement dans sa concentration						
Tentatives de suicide	#		Sérieux			
MANIE 296.0(maniaque) .6(mixtes) .5(dépressif)222						
A des variations importantes d'humeur		Oui	Non		Doit être présent	
Augmentation soudaine de l'estime de soi						
Baisse du besoin de sommeil						
Pensées rapides						
Parle trop et discours semble fait sous pression						
Augmentation soudaine de motivation, agité						≥3 > 1 sem
Activités à haut risque (dépense beaucoup, promiscuité)						/3 (≥3)
HABILETÉS SOCIALES 299						
Ne maintient pas de contact visuel ou utilise un langage corporel étrange						
A de la misère à se faire des amis						
Difficulté à partager spontanément les émotions positives						
A de la misère à se connecter au plan émotif						
Retard de langage ou absence de communication linguistique						
A des problèmes de communication						
Parle d'une voix bizarre (sans tonalité ou monotone)						
Sa pensée est concrète, son abstraction est pauvre						
Idées fixes intenses dans un champ d'intérêt						
Routines ou rituels rigides même si non fonctionnels						
Préoccupé par des objets ou des parties d'objet						
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains, tourner en rond)						
PSYCHOSE 295						
A des idées bizarres, désorganisées						
Entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas là						
Convaincu que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal						
Croit qu'il peut lire dans les pensées ou vice versa						
A l'impression que la télévision parle spécifiquement de lui						
A une idée fixe en dehors de la réalité						
Ses idées s'entremêlent de façon illogique						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
ABUS DE SUBSTANCE						SÉVÉRITÉ
Prend de l'alcool en excès (>2 verres/jr, >4 verres à la fois)						
Fume la cigarette						
Utilise quotidiennement de la marijuana						
Utilise d'autres drogues						
Fait abus de médicaments sous prescription						
TROUBLE DU SOMMEIL 307.4						
Agité ou léthargique, au ralenti						
A de la misère à s'endormir						
A de la misère à rester endormi						
A un profil de sommeil anormal pendant le jour						
S'endort sans avertissement de jour						
Fait du somnambulisme						
Fait des cauchemars						
S'endort tard et se réveille tard						
Changements quotidiens d'horaire de sommeil						
Ronflement excessif						
Sentiment de jambes sans repos tout en essayant de s'endormir						
Donne des coups de pied brusques pendant le sommeil						
A de la difficulté à respirer pendant le sommeil						
TROUBLE D'ÉLIMINATION						
Ne peut contrôler sa miction pendant la nuit (urine dans le lit)						
Ne peut contrôler sa miction pendant le jour (dans ses vêtements)						
A de l'incontinence, salit ses sous-vêtements						
TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES 307						
Vomit après les repas ou mange par excès						
Sous son poids santé et refuse de manger						
A une image déformée de son corps						
Est difficile/capricieux pour la nourriture						
Mange beaucoup de malbouffe						
TROUBLE D'APPRENTISSAGE 315						
Retard de langage expressif						
Bégaiement						
A de la difficulté à articuler						
Performe sous la moyenne en lecture						
Performe sous la moyenne en mathématiques						
A de la difficulté à écrire (malpropre, évite d'écrire)						
Performance scolaire variable						
Performe sous son potentiel à l'école						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION						SÉVÉRITÉ
Difficulté avec la motricité globale (par ex. gym, sports, bicyclette)						
Est maladroit						
Difficulté avec la motricité fine (boutons, lacets, couper)						
PERSONNALITÉ						
Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles						
Peur de l'abandon						
Idées suicidaires récurrentes ou tentatives de suicide						
Colères intenses						
Changements majeurs d'humeur						
Comportement autodestructeur ou s'inflige des blessures						
A une image de soi ou identité fragile						
Se sent vide à l'intérieur						
Réagit au stress par dissociation ou paranoïa transitoire						/9 (≥5/9)
Est centré sur lui-même, impression que «tout lui est dû»						301.81
Trompeur, agressif ou absence de remords						301.7
COMMENTAIRES:						

TDAH = Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; IA = sous-type inattention prédominant; HI = sous-type hyperactivité-impulsivité prédominant; TP limite = Trouble de personnalité limite; TPN = trouble de personnalité narcissique; TPAS = Trouble de personnalité antisociale.

Réimprimé avec la permission du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, (Copyright 2000). American Psychiatric Association.

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Weiss Symptom Record (WSR) (version française - non validée)

<i>Consignes au répondant: Cochez la case qui s'applique le mieux au comportement décrit. Consignes au médecin: les symptômes notés 2 ou 3 sont positifs et calculez le total.</i>	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	# items notés 2 ou 3 (Critères DSM)
TDH COMBINÉ 314.01						≥6/9 IA & HI
INATTENTION 314.00						
Commet des erreurs d'inattention						
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes						
Ne semble pas écouter quand on lui parle						
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche						
Est désorganisé dans ses tâches et activités						
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)						
Perd des choses						
Est facilement distrait						
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours						/9 (≥6/9)
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01						
S'agite ou bouge sur son siège						
A de la difficulté à rester en place ou assis						
A la bougeotte						
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes						
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»						
Parle trop						
Répond avant la fin de la question						
A de la misère à attendre son tour						
A tendance à interrompre ou à déranger les autres						/9 (≥6/9)
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81						
Perd le contrôle de ses humeurs						
Argumente avec les adultes						
Est défiant ou refuse de suivre les consignes						
Embête les autres délibérément						
Blâme les autres plutôt que lui-même						
Est susceptible						
Est colérique ou rancunier						
Est méchant ou cherche à se venger						/8 (≥4/8)

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TICS 307.2						SÉVÉRITÉ
Mouvements involontaires répétés (clignement des yeux, contraction musculaire)						
Sons involontaires répétitifs (raclement de la gorge, reniflement)						
TROUBLE DES CONDUITES 312.8						
Intimide ou menace les autres						
Débute des altercations physiques						
A utilisé une arme (bâton, brique, bouteille, couteau, fusil)						
Est cruel envers les personnes						
Est cruel envers les animaux						
A volé la personne qu'il confrontait						
A forcé une personne à une activité sexuelle						
Met le feu avec l'intention de causer des dommages						
Détruit les biens des autres						
S'est introduit dans une maison, un immeuble ou une auto						
Ment pour obtenir ce qu'il veut ou éviter des responsabilités						
Vole des biens sans valeur et sans confronter la victime						
Ne rentre pas le soir malgré couvre-feu						
A fugué la nuit au moins à deux reprises						
S'absente de l'école ou du travail						/15(≥3/15)
ANXIÉTÉ						
Se tracasse concernant la santé, les êtres aimés, les catastrophes						300.02
Incapable de relaxer, est nerveux						300.81
Se plaint de douleurs chroniques inexplicables						300.3
Ne peut se départir de pensées étranges						
Fait la même chose plusieurs fois de suite						300.01
Attaques de panique soudaines avec anxiété intense						300.23
Extrêmement timide						
Refuse de faire des choses devant les autres						309.21
Refuse d'aller à l'école, au travail ou de se séparer des autres						300.29
Peurs irrationnelles qui interfèrent avec activités						312.39
Tire ses cheveux, sourcils						
Ronge ses ongles						
Refuse de parler en public, mais parle à la maison						mutisme
DÉPRESSION 296.2(simple) .3(récurrente)						
Se sent triste, malheureux ou dépressif	Oui		Non			Doit être présent
A perdu l'intérêt, est démotivé	Oui		Non			Doit être présent
Se sent sans valeur						
A moins d'énergie et est moins productif						
Est sans espoir et pessimiste envers le futur						
Sentiment de culpabilité excessif ou auto-accusation exagérée						
A des pensées d'automatation ou de suicide						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
DÉPRESSION (suite)						SÉVÉRITÉ
Retrait social						
Perte ou gain de poids significatif						
A un changement dans son sommeil						≥5/9>2sem
Agité ou léthargique, ralenti						
Présente un changement dans sa concentration						
Tentatives de suicide	#		Sérieux			
MANIE 296.0(maniaque) .6(mixtes) .5(dépressif)222						
A des variations importantes d'humeur		Oui	Non		Doit être présent	
Augmentation soudaine de l'estime de soi						
Baisse du besoin de sommeil						
Pensées rapides						
Parle trop et discours semble fait sous pression						
Augmentation soudaine de motivation, agité						≥3 > 1 sem
Activités à haut risque (dépense beaucoup, promiscuité)						/3 (≥3)
HABILETÉS SOCIALES 299						
Ne maintient pas de contact visuel ou utilise un langage corporel étrange						
A de la misère à se faire des amis						
Difficulté à partager spontanément les émotions positives						
A de la misère à se connecter au plan émotif						
Retard de langage ou absence de communication linguistique						
A des problèmes de communication						
Parle d'une voix bizarre (sans tonalité ou monotone)						
Sa pensée est concrète, son abstraction est pauvre						
Idées fixes intenses dans un champ d'intérêt						
Routines ou rituels rigides même si non fonctionnels						
Préoccupé par des objets ou des parties d'objet						
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains, tourner en rond)						
PSYCHOSE 295						
A des idées bizarres, désorganisées						
Entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas là						
Convaincu que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal						
Croit qu'il peut lire dans les pensées ou vice versa						
A l'impression que la télévision parle spécifiquement de lui						
A une idée fixe en dehors de la réalité						
Ses idées s'entremêlent de façon illogique						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
ABUS DE SUBSTANCE						SÉVÉRITÉ
Prend de l'alcool en excès (>2 verres/jr, >4 verres à la fois)						
Fume la cigarette						
Utilise quotidiennement de la marijuana						
Utilise d'autres drogues						
Fait abus de médicaments sous prescription						
TROUBLE DU SOMMEIL 307.4						
Agité ou léthargique, au ralenti						
A de la misère à s'endormir						
A de la misère à rester endormi						
A un profil de sommeil anormal pendant le jour						
S'endort sans avertissement de jour						
Fait du somnambulisme						
Fait des cauchemars						
S'endort tard et se réveille tard						
Changements quotidiens d'horaire de sommeil						
Ronflement excessif						
Sentiment de jambes sans repos tout en essayant de s'endormir						
Donne des coups de pied brusques pendant le sommeil						
A de la difficulté à respirer pendant le sommeil						
TROUBLE D'ÉLIMINATION						
Ne peut contrôler sa miction pendant la nuit (urine dans le lit)						
Ne peut contrôler sa miction pendant le jour (dans ses vêtements)						
A de l'incontinence, salit ses sous-vêtements						
TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES 307						
Vomit après les repas ou mange par excès						
Sous son poids santé et refuse de manger						
A une image déformée de son corps						
Est difficile/capricieux pour la nourriture						
Mange beaucoup de malbouffe						
TROUBLE D'APPRENTISSAGE 315						
Retard de langage expressif						
Bégaïement						
A de la difficulté à articuler						
Performe sous la moyenne en lecture						
Performe sous la moyenne en mathématiques						
A de la difficulté à écrire (malpropre, évite d'écrire)						
Performance scolaire variable						
Performe sous son potentiel à l'école						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION						SÉVÉRITÉ
Difficulté avec la motricité globale (par ex. gym, sports, bicyclette)						
Est maladroit						
Difficulté avec la motricité fine (boutons, lacets, couper)						
PERSONNALITÉ						
Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles						
Peur de l'abandon						
Idées suicidaires récurrentes ou tentatives de suicide						
Colères intenses						
Changements majeurs d'humeur						
Comportement autodestructeur ou s'inflige des blessures						
A une image de soi ou identité fragile						
Se sent vide à l'intérieur						
Réagit au stress par dissociation ou paranoïa transitoire						/9 (≥5/9)
Est centré sur lui-même, impression que «tout lui est dû»						301.81
Trompeur, agressif ou absence de remords						301.7
COMMENTAIRES:						

TDAH = Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; IA = sous-type inattention prédominant; HI = sous-type hyperactivité-impulsivité prédominant; TP limite = Trouble de personnalité limite; TPN = trouble de personnalité narcissique; TPAS = Trouble de personnalité antisociale.

Réimprimé avec la permission du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, (Copyright 2000). American Psychiatric Association.

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Weiss Symptom Record (WSR) (version française - non validée)

<i>Consignes au répondant: Cochez la case qui s'applique le mieux au comportement décrit. Consignes au médecin: les symptômes notés 2 ou 3 sont positifs et calculez le total.</i>	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	# items notés 2 ou 3 (Critères DSM)
TDH COMBINÉ 314.01						≥6/9 IA & HI
INATTENTION 314.00						
Commet des erreurs d'inattention						
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes						
Ne semble pas écouter quand on lui parle						
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche						
Est désorganisé dans ses tâches et activités						
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)						
Perd des choses						
Est facilement distrait						
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours						/9 (≥6/9)
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01						
S'agite ou bouge sur son siège						
A de la difficulté à rester en place ou assis						
A la bougeotte						
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes						
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»						
Parle trop						
Répond avant la fin de la question						
A de la misère à attendre son tour						
A tendance à interrompre ou à déranger les autres						/9 (≥6/9)
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81						
Perd le contrôle de ses humeurs						
Argumente avec les adultes						
Est défiant ou refuse de suivre les consignes						
Embête les autres délibérément						
Blâme les autres plutôt que lui-même						
Est susceptible						
Est colérique ou rancunier						
Est méchant ou cherche à se venger						/8 (≥4/8)

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TICS 307.2						SÉVÉRITÉ
Mouvements involontaires répétés (clignement des yeux, contraction musculaire)						
Sons involontaires répétitifs (raclement de la gorge, reniflement)						
TROUBLE DES CONDUITES 312.8						
Intimide ou menace les autres						
Débute des altercations physiques						
A utilisé une arme (bâton, brique, bouteille, couteau, fusil)						
Est cruel envers les personnes						
Est cruel envers les animaux						
A volé la personne qu'il confrontait						
A forcé une personne à une activité sexuelle						
Met le feu avec l'intention de causer des dommages						
Détruit les biens des autres						
S'est introduit dans une maison, un immeuble ou une auto						
Ment pour obtenir ce qu'il veut ou éviter des responsabilités						
Vole des biens sans valeur et sans confronter la victime						
Ne rentre pas le soir malgré couvre-feu						
A fugué la nuit au moins à deux reprises						
S'absente de l'école ou du travail						/15(≥3/15)
ANXIÉTÉ						
Se tracasse concernant la santé, les êtres aimés, les catastrophes						300.02
Incapable de relaxer, est nerveux						300.81
Se plaint de douleurs chroniques inexplicables						300.3
Ne peut se départir de pensées étranges						
Fait la même chose plusieurs fois de suite						300.01
Attaques de panique soudaines avec anxiété intense						300.23
Extrêmement timide						
Refuse de faire des choses devant les autres						309.21
Refuse d'aller à l'école, au travail ou de se séparer des autres						300.29
Peurs irrationnelles qui interfèrent avec activités						312.39
Tire ses cheveux, sourcils						
Ronge ses ongles						
Refuse de parler en public, mais parle à la maison						mutisme
DÉPRESSION 296.2(simple) .3(récurrente)						
Se sent triste, malheureux ou dépressif	Oui		Non			Doit être présent
A perdu l'intérêt, est démotivé	Oui		Non			Doit être présent
Se sent sans valeur						
A moins d'énergie et est moins productif						
Est sans espoir et pessimiste envers le futur						
Sentiment de culpabilité excessif ou auto-accusation exagérée						
A des pensées d'automatation ou de suicide						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
DÉPRESSION (suite)						SÉVÉRITÉ
Retrait social						
Perte ou gain de poids significatif						
A un changement dans son sommeil						≥5/9>2sem
Agité ou léthargique, ralenti						
Présente un changement dans sa concentration						
Tentatives de suicide	#		Sérieux			
MANIE 296.0(maniaque) .6(mixtes) .5(dépressif)222						
A des variations importantes d'humeur		Oui	Non		Doit être présent	
Augmentation soudaine de l'estime de soi						
Baisse du besoin de sommeil						
Pensées rapides						
Parle trop et discours semble fait sous pression						
Augmentation soudaine de motivation, agité						≥3 > 1 sem
Activités à haut risque (dépense beaucoup, promiscuité)						/3 (≥3)
HABILETÉS SOCIALES 299						
Ne maintient pas de contact visuel ou utilise un langage corporel étrange						
A de la misère à se faire des amis						
Difficulté à partager spontanément les émotions positives						
A de la misère à se connecter au plan émotif						
Retard de langage ou absence de communication linguistique						
A des problèmes de communication						
Parle d'une voix bizarre (sans tonalité ou monotone)						
Sa pensée est concrète, son abstraction est pauvre						
Idées fixes intenses dans un champ d'intérêt						
Routines ou rituels rigides même si non fonctionnels						
Préoccupé par des objets ou des parties d'objet						
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains, tourner en rond)						
PSYCHOSE 295						
A des idées bizarres, désorganisées						
Entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas là						
Convaincu que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal						
Croit qu'il peut lire dans les pensées ou vice versa						
A l'impression que la télévision parle spécifiquement de lui						
A une idée fixe en dehors de la réalité						
Ses idées s'entremêlent de façon illogique						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
ABUS DE SUBSTANCE						SÉVÉRITÉ
Prend de l'alcool en excès (>2 verres/jr, >4 verres à la fois)						
Fume la cigarette						
Utilise quotidiennement de la marijuana						
Utilise d'autres drogues						
Fait abus de médicaments sous prescription						
TROUBLE DU SOMMEIL 307.4						
Agité ou léthargique, au ralenti						
A de la misère à s'endormir						
A de la misère à rester endormi						
A un profil de sommeil anormal pendant le jour						
S'endort sans avertissement de jour						
Fait du somnambulisme						
Fait des cauchemars						
S'endort tard et se réveille tard						
Changements quotidiens d'horaire de sommeil						
Ronflement excessif						
Sentiment de jambes sans repos tout en essayant de s'endormir						
Donne des coups de pied brusques pendant le sommeil						
A de la difficulté à respirer pendant le sommeil						
TROUBLE D'ÉLIMINATION						
Ne peut contrôler sa miction pendant la nuit (urine dans le lit)						
Ne peut contrôler sa miction pendant le jour (dans ses vêtements)						
A de l'incontinence, salit ses sous-vêtements						
TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES 307						
Vomit après les repas ou mange par excès						
Sous son poids santé et refuse de manger						
A une image déformée de son corps						
Est difficile/capricieux pour la nourriture						
Mange beaucoup de malbouffe						
TROUBLE D'APPRENTISSAGE 315						
Retard de langage expressif						
Bégaïement						
A de la difficulté à articuler						
Performe sous la moyenne en lecture						
Performe sous la moyenne en mathématiques						
A de la difficulté à écrire (malpropre, évite d'écrire)						
Performance scolaire variable						
Performe sous son potentiel à l'école						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION						SÉVÉRITÉ
Difficulté avec la motricité globale (par ex. gym, sports, bicyclette)						
Est maladroit						
Difficulté avec la motricité fine (boutons, lacets, couper)						
PERSONNALITÉ						
Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles						
Peur de l'abandon						
Idées suicidaires récurrentes ou tentatives de suicide						
Colères intenses						
Changements majeurs d'humeur						
Comportement autodestructeur ou s'inflige des blessures						
A une image de soi ou identité fragile						
Se sent vide à l'intérieur						
Réagit au stress par dissociation ou paranoïa transitoire						/9 (≥5/9)
Est centré sur lui-même, impression que «tout lui est dû»						301.81
Trompeur, agressif ou absence de remords						301.7
COMMENTAIRES:						

TDAH = Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; IA = sous-type inattention prédominant; HI = sous-type hyperactivité-impulsivité prédominant; TP limite = Trouble de personnalité limite; TPN = trouble de personnalité narcissique; TPAS = Trouble de personnalité antisociale.

Réimprimé avec la permission du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, (Copyright 2000). American Psychiatric Association.

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – SELF REPORT (WFIRS-S) (version française – non validée)

Nom: _____ Date: DD MM AA

Date de naissance: DD MM AA Sexe: Masculin Féminin

Travail: Temps plein Temps partiel Autre: _____

Études: Temps plein Temps partiel

Directives: Encercler le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets de vos troubles émotionnels ou de comportement sur chaque item pendant le dernier mois.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
A.	FAMILLE					
1.	Nuisent aux relations avec les membres de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Causent des problèmes dans votre couple	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Causent des querelles familiales	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Causent des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
B.	TRAVAIL					
1.	Difficulté à effectuer ce qui est demandé	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Rendement de travail affecté	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Problèmes avec votre supérieur(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à maintenir un emploi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Congédiement ou perte d'emploi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à travailler en groupe	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Manque du travail, absentéisme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Faibles évaluations de rendement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
C.	ÉCOLE					
1.	Difficulté à prendre des notes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Problèmes avec votre enseignant(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Problèmes avec le personnel administratif	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Résultats scolaires instables	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
D.	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1.	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéo	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Problèmes d'hygiène personnelle	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à se préparer au coucher	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Problèmes de nutrition	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Problèmes sexuels	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Troubles du sommeil	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Accident ou blessure	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Inactivité physique	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Difficulté avec les tâches ménagères	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12.	Difficulté à gérer vos finances	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
E.	CONCEPT DE SOI					
1.	Mauvaise perception de vous-mêmes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Frustré(e) face à vous-même	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Sentiment de découragement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Insatisfait(e) de votre vie	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Impression d'être incompetent(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
F.	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1.	Vous argumentez avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Difficulté de coopérer avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à vous entendre avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Difficulté à avoir des activités de loisirs	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à vous faire de nouveaux amis	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Vous tenez des propos inappropriés	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Plaintes des voisins	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
G.	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1.	Conduite automobile agressive	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Faire autre chose tout en conduisant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Rages au volant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Détruire ou endommager des biens	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Poser des gestes illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Ennuis avec la police	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Cigarette	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Marijuana	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Consommation d'alcool	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Consommation de drogues illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12.	Comportement sexuel inapproprié	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
13.	Être agressif(ve) physiquement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
14.	Être agressif(ve) verbalement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

Cotation:

1. Le nombre total d'items identifiés 2 ou 3
OU
2. Points totaux
OU
3. Points moyens

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

A. Famille	<input type="text"/>
B. Travail	<input type="text"/>
C. École	<input type="text"/>
D. Aptitudes à la vie quotidienne	<input type="text"/>
E. Concept de soi	<input type="text"/>
F. Fonctionnement social	<input type="text"/>
G. Comportements à risque	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

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

Votre nom: _____ **Type de lien avec l'enfant:** _____

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.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Tres souvent ou beaucoup	n/a
A	FAMILLE					
1	Nuisent aux relations avec ses frères et soeurs	0	1	2	3	n/a
2	Causent des problèmes dans notre couple	0	1	2	3	n/a
3	Réduisent le temps que la famille peut consacrer au travail ou aux activités	0	1	2	3	n/a
4	Causent des querelles familiales	0	1	2	3	n/a
5	Isolent la famille des amis et nuisent aux activités sociales	0	1	2	3	n/a
6	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	0	1	2	3	n/a
7	Rendent le rôle de parent plus difficile	0	1	2	3	n/a
8	Empêchent de donner autant d'attention à tous les membres de la famille	0	1	2	3	n/a
9	Déclenchent des coups ou des cris à son endroit	0	1	2	3	n/a
10	Entraînent des dépenses additionnelles	0	1	2	3	n/a
B	ÉCOLE					
	Apprentissage					
1	Causent des retards dans les devoirs et les leçons	0	1	2	3	n/a
2	Augmentent le besoin d'assistance à l'école	0	1	2	3	n/a
3	Obligent à obtenir de l'aide pour les études (tutorat)	0	1	2	3	n/a
4	A des notes inférieures à son potentiel	0	1	2	3	n/a
	Comportement					
1	Causent des problèmes pour l'enseignant(e) en classe	0	1	2	3	n/a
2	Doit être mis à l'écart ou retiré de la classe	0	1	2	3	n/a
3	Présente des problèmes dans la cours d'école	0	1	2	3	n/a
4	A des retenues pendant ou après les classes	0	1	2	3	n/a
5	A été suspendu ou expulsé de l'école	0	1	2	3	n/a
6	S'absente de ses cours ou arrive en retard	0	1	2	3	n/a
C	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéos	0	1	2	3	n/a
2	Problèmes d'hygiène personnelle (se laver, se brosser les dents, se peigner, prendre un bain, etc.)	0	1	2	3	n/a
3	Difficulté à se préparer à temps pour l'école	0	1	2	3	n/a
4	Difficulté à se préparer au coucher	0	1	2	3	n/a

		Jamais ou pas du tout	Quelquefois ou un peu	Souvent ou moyennement	Tres souvent ou beaucoup	n/a
5	Problèmes de nutrition (enfant capricieux ou adepte de la malbouffe)	0	1	2	3	n/a
6	Troubles du sommeil	0	1	2	3	n/a
7	Accident ou blessure	0	1	2	3	n/a
8	Inactivité physique	0	1	2	3	n/a
9	Besoin plus grand de soins médicaux	0	1	2	3	n/a
10	Difficulté à prendre des médicaments, à recevoir des injections ou à aller chez le médecin ou le dentiste	0	1	2	3	n/a
D CONCEPT DE SOI (ENFANT)						
1	A une mauvaise perception de lui-même (d'elle-même)	0	1	2	3	n/a
2	N'éprouve pas assez de plaisir dans la vie	0	1	2	3	n/a
3	Est insatisfait(e) de sa vie	0	1	2	3	n/a
E FONCTIONNEMENT SOCIAL						
1	Est ridiculisé(e) ou rudoyé(e) par d'autres enfants	0	1	2	3	n/a
2	Ridiculise ou rudoie d'autres enfants	0	1	2	3	n/a
3	Ne s'entend pas bien avec les autres	0	1	2	3	n/a
4	A de la difficulté à participer aux activités parascolaires (sports, musique, clubs)	0	1	2	3	n/a
5	A de la difficulté à se faire de nouveaux amis	0	1	2	3	n/a
6	A de la difficulté à conserver ses amis	0	1	2	3	n/a
7	A des difficultés reliées aux fêtes d'enfant (elle/il n'est pas invité; elle/il refuse d'y assister; elle/il se conduit mal)	0	1	2	3	n/a
F COMPORTEMENTS À RISQUE						
1	Se laisse facilement influencer par ses camarades	0	1	2	3	n/a
2	Détruit ou endommage des objets	0	1	2	3	n/a
3	Pose des gestes illicites	0	1	2	3	n/a
4	A des ennuis avec la police	0	1	2	3	n/a
5	Fume la cigarette	0	1	2	3	n/a
6	Consomme des drogues illicites	0	1	2	3	n/a
7	A des comportements dangereux	0	1	2	3	n/a
8	Agresse autrui	0	1	2	3	n/a
9	Tient des propos blessants ou inappropriés	0	1	2	3	n/a
10	A un comportement sexuel inapproprié	0	1	2	3	n/a

Cotation:

1. Le nombre total d'items identifiés 2 ou 3
OU
2. Points totaux
OU
3. Points moyens

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

A. Famille	<input type="text"/>
B. École (apprentissage et comportement)	<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"/>

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

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

Votre nom: _____ **Type de lien avec l'enfant:** _____

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.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Tres souvent ou beaucoup	n/a
A	FAMILLE					
1	Nuisent aux relations avec ses frères et soeurs	0	1	2	3	n/a
2	Causent des problèmes dans notre couple	0	1	2	3	n/a
3	Réduisent le temps que la famille peut consacrer au travail ou aux activités	0	1	2	3	n/a
4	Causent des querelles familiales	0	1	2	3	n/a
5	Isolent la famille des amis et nuisent aux activités sociales	0	1	2	3	n/a
6	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	0	1	2	3	n/a
7	Rendent le rôle de parent plus difficile	0	1	2	3	n/a
8	Empêchent de donner autant d'attention à tous les membres de la famille	0	1	2	3	n/a
9	Déclenchent des coups ou des cris à son endroit	0	1	2	3	n/a
10	Entraînent des dépenses additionnelles	0	1	2	3	n/a
B	ÉCOLE					
	Apprentissage					
1	Causent des retards dans les devoirs et les leçons	0	1	2	3	n/a
2	Augmentent le besoin d'assistance à l'école	0	1	2	3	n/a
3	Obligent à obtenir de l'aide pour les études (tutorat)	0	1	2	3	n/a
4	A des notes inférieures à son potentiel	0	1	2	3	n/a
	Comportement					
1	Causent des problèmes pour l'enseignant(e) en classe	0	1	2	3	n/a
2	Doit être mis à l'écart ou retiré de la classe	0	1	2	3	n/a
3	Présente des problèmes dans la cours d'école	0	1	2	3	n/a
4	A des retenues pendant ou après les classes	0	1	2	3	n/a
5	A été suspendu ou expulsé de l'école	0	1	2	3	n/a
6	S'absente de ses cours ou arrive en retard	0	1	2	3	n/a
C	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéos	0	1	2	3	n/a
2	Problèmes d'hygiène personnelle (se laver, se brosser les dents, se peigner, prendre un bain, etc.)	0	1	2	3	n/a
3	Difficulté à se préparer à temps pour l'école	0	1	2	3	n/a
4	Difficulté à se préparer au coucher	0	1	2	3	n/a

		Jamais ou pas du tout	Quelquefois ou un peu	Souvent ou moyennement	Tres souvent ou beaucoup	n/a
5	Problèmes de nutrition (enfant capricieux ou adepte de la malbouffe)	0	1	2	3	n/a
6	Troubles du sommeil	0	1	2	3	n/a
7	Accident ou blessure	0	1	2	3	n/a
8	Inactivité physique	0	1	2	3	n/a
9	Besoin plus grand de soins médicaux	0	1	2	3	n/a
10	Difficulté à prendre des médicaments, à recevoir des injections ou à aller chez le médecin ou le dentiste	0	1	2	3	n/a
D CONCEPT DE SOI (ENFANT)						
1	A une mauvaise perception de lui-même (d'elle-même)	0	1	2	3	n/a
2	N'éprouve pas assez de plaisir dans la vie	0	1	2	3	n/a
3	Est insatisfait(e) de sa vie	0	1	2	3	n/a
E FONCTIONNEMENT SOCIAL						
1	Est ridiculisé(e) ou rudoyé(e) par d'autres enfants	0	1	2	3	n/a
2	Ridiculise ou rudoie d'autres enfants	0	1	2	3	n/a
3	Ne s'entend pas bien avec les autres	0	1	2	3	n/a
4	A de la difficulté à participer aux activités parascolaires (sports, musique, clubs)	0	1	2	3	n/a
5	A de la difficulté à se faire de nouveaux amis	0	1	2	3	n/a
6	A de la difficulté à conserver ses amis	0	1	2	3	n/a
7	A des difficultés reliées aux fêtes d'enfant (elle/il n'est pas invité; elle/il refuse d'y assister; elle/il se conduit mal)	0	1	2	3	n/a
F COMPOTEMENTS À RISQUE						
1	Se laisse facilement influencer par ses camarades	0	1	2	3	n/a
2	Détruit ou endommage des objets	0	1	2	3	n/a
3	Pose des gestes illicites	0	1	2	3	n/a
4	A des ennuis avec la police	0	1	2	3	n/a
5	Fume la cigarette	0	1	2	3	n/a
6	Consomme des drogues illicites	0	1	2	3	n/a
7	A des comportements dangereux	0	1	2	3	n/a
8	Agresse autrui	0	1	2	3	n/a
9	Tient des propos blessants ou inappropriés	0	1	2	3	n/a
10	A un comportement sexuel inapproprié	0	1	2	3	n/a

Cotation:

1. Le nombre total d'items identifiés 2 ou 3
OU
2. Points totaux
OU
3. Points moyens

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

A. Famille	<input type="text"/>
B. École (apprentissage et comportement)	<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"/>

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Évaluation rétrospective des symptômes dans l'enfance Symptômes actuels
Médication actuelle: _____

L'INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DU TDAH

<i>Symptômes: Indiquer la case appropriée</i>	Non (0)	à l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	Diagnostics
ATTENTION 314.00 (≥6/9)	SÉVÉRITÉ				TOTAL
Commet des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					_/9
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours					≥6/9
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01(≥6/9)					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la misère à attendre son tour					≥6/9
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					_/9
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Argumente avec les adultes					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					≥4/8
Est méchant ou cherche à se venger					_/8
Commentaires					

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Évaluation rétrospective des symptômes dans l'enfance Symptômes actuels
Médication actuelle: _____

L'INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DU TDAH

<i>Symptômes: Indiquer la case appropriée</i>	Non (0)	à l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	Diagnostics
ATTENTION 314.00 (≥6/9)	SÉVÉRITÉ				TOTAL
Commet des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					_/9
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours					≥6/9
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01(≥6/9)					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la misère à attendre son tour					≥6/9
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					_/9
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Argumente avec les adultes					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					≥4/8
Est méchant ou cherche à se venger					_/8
Commentaires					

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Évaluation rétrospective des symptômes dans l'enfance Symptômes actuels
Médication actuelle: _____

L'INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DU TDAH

<i>Symptômes: Indiquer la case appropriée</i>	Non (0)	à l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	Diagnostics
ATTENTION 314.00 (≥6/9)	SÉVÉRITÉ				TOTAL
Commets des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					_/9
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours					≥6/9
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01(≥6/9)					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la misère à attendre son tour					≥6/9
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					_/9
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Argumente avec les adultes					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					≥4/8
Est méchant ou cherche à se venger					_/8
Commentaires					

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE PARENT/PROFESSEUR (version française – non validée)

Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____

Niveau scolaire: _____ Origine ethnique: Africaine Asiatique Caucasien Hispanique Autre: _____

Complété par: _____ Type de classe: _____ Taille de la classe: _____

<i>Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:</i>	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres)				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne				
10. A souvent de la difficulté à maintenir sa vigilance, se concentrer sur des requêtes, ou à exécuter des instructions				
11. Agite souvent les mains ou les pieds				
12. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis				
13. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
14. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs				
15. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts				
16. Parle souvent trop				
17. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
18. A souvent de la difficulté à attendre son tour				
19. Se met souvent en colère				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
22. Contrarie souvent les autres délibérément				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE PARENT/PROFESSEUR (version française – non validée)

Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____

Niveau scolaire: _____ Origine ethnique: Africaine Asiatique Caucasien Hispanique Autre: _____

Complété par: _____ Type de classe: _____ Taille de la classe: _____

<i>Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:</i>	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres)				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne				
10. A souvent de la difficulté à maintenir sa vigilance, se concentrer sur des requêtes, ou à exécuter des instructions				
11. Agite souvent les mains ou les pieds				
12. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis				
13. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
14. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs				
15. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts				
16. Parle souvent trop				
17. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
18. A souvent de la difficulté à attendre son tour				
19. Se met souvent en colère				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
22. Contrarie souvent les autres délibérément				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE PARENT/PROFESSEUR (version française – non validée)

Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____

Niveau scolaire: _____ Origine ethnique: Africaine Asiatique Caucasien Hispanique Autre: _____

Complété par: _____ Type de classe: _____ Taille de la classe: _____

<i>Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:</i>	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres)				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne				
10. A souvent de la difficulté à maintenir sa vigilance, se concentrer sur des requêtes, ou à exécuter des instructions				
11. Agite souvent les mains ou les pieds				
12. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis				
13. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
14. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs				
15. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts				
16. Parle souvent trop				
17. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
18. A souvent de la difficulté à attendre son tour				
19. Se met souvent en colère				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
22. Contrarie souvent les autres délibérément				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant

Adapté du Teacher Telephone Interview du Dr Rosemary Tannock et reproduit à des fins cliniques seulement avec la permission du Programme provincial sur le TDAH de la Colombie-Britannique

Nom de l'étudiant: _____	Âge: _____	Sexe: _____
École: _____	Niveau: _____	

Nom de la personne qui a complété ce formulaire: _____ Complété le: _____

Depuis quand connaissez-vous l'étudiant: _____ Nombre d'heures avec l'étudiant par jour: _____

Type de classe: _____ Edu. spécialisée: Oui Non Hrs par semaine: _____

Statut pédagogique de l'étudiant: _____ Aucun

Est-ce que l'enfant a actuellement un plan d'intervention à l'école?: Oui Non

RENDEMENT SCOLAIRE	Sous niveau scolaire	Très peu sous niveau scolaire	Même niveau scolaire	Un peu au-dessus	Bien au-dessus	Ne s'applique pas
LECTURE						
a) Décodage						
b) Compréhension						
c) Maîtrise						
ÉCRITURE						
d) Écriture (manuscrite)						
e) Orthographe						
f) Syntaxe (phrase écrite)						
g) Composition (texte)						
MATHÉMATIQUES						
h) Calcul (précision)						
i) Calcul (maîtrise)						
j) Raisonnement						
PERFORMANCE COMPORTEMENTALE EN CLASSE	Pauvre	Sous la moyenne	Moyenne	Au-dessus de la moyenne	Supérieure	Ne s'applique pas
Suit instructions/directives						
Sens de l'organisation						
Termine devoirs/projets						
Relations avec ses pairs						
Comportement en classe						

Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant

Forces: Quelles sont les plus grandes forces de l'étudiant? _____

Plan d'intervention à l'école: Si l'enfant a un plan d'intervention, quelles sont les recommandations principales? Sont-elles efficaces?

Accommodements: Quels accommodements sont utilisés pour aider l'étudiant en classe? Sont-ils efficaces? _____

Directives données à toute la classe: Comment l'étudiant gère-t-il/elle les directives données à un grand groupe? Suit-il/elle bien les directives? Peut-il/elle attendre son tour pour répondre? Se démarque-t-il/elle des ses pairs de même sexe? Si oui, de quelle façon?

Travail individuel assis: Comment l'étudiant gère-t-il/elle son attention et son comportement pendant la période des projets individuels en classe? Les projets sont-ils généralement complétés? Se démarque-t-il/elle des ses pairs de même sexe? Si oui, de quelle façon?

Transitions – Comment l'étudiant gère-t-il/elle les transitions telles que sortir et rentrer de la récréation, changer de classes ou d'activités? Suit-il/elle bien les routines? Combien de supervision ou de rappels a-t-il/elle besoin? _____

Interactions sociales – Comment l'étudiant s'entend-il/elle avec les autres? Est-ce que d'autres veulent jouer avec il/elle? Commence-t-il/elle avec succès à jouer? _____

Conflit et agression – Est-il/elle souvent en conflit avec des adultes ou ses pairs? Comment résout-il/elle des arguments? Est-ce un étudiant agressif verbalement ou physiquement? Est-il/elle la cible d'agressions verbales ou physiques par des pairs? _____

Habilités scolaires – Nous aimerions connaître les habiletés générales et celles scolaires de l'étudiant. Est-ce que l'étudiant semble apprendre au même niveau (vitesse) que les autres? Est-ce que l'étudiant semble avoir des difficultés spécifiques d'apprentissage?

Habilités d'autonomie personnelle, indépendance, résolution de problèmes, activités quotidiennes: _____

Motricité (globale/fine): L'étudiant a-t-il/elle des difficultés avec des activités d'éducation physique, les sports, l'écriture? Si oui, veuillez fournir des détails: _____

Expression écrite: L'étudiant a-t-il/elle des difficultés à écrire ce qu'il/elle pense? Si oui, veuillez fournir des détails: _____

Préoccupation principale: Quelles sont vos principales préoccupations/inquiétudes pour l'étudiant? Depuis combien de temps est-ce une préoccupation pour vous? _____

Impact sur l'enfant: Jusqu'à quel degré ses difficultés dérangent-elles l'étudiant? Ou vous et les autres étudiants? _____

Impact en classe: Est-ce qu'il vous en est plus difficile d'enseigner aux autres étudiants de la classe? _____

Médicaments: Si l'étudiant est sous médication, avez-vous des commentaires à faire sur les différences observées lorsqu'il/elle est sous médication et lorsqu'il/elle est sans médication? _____

Collaboration des parents: Quelle a été la participation des parents? _____

L'apprentissage de l'étudiant est-il/elle affecté par des problèmes d'attention et/ou d'hyperactivité? Qu'en est-il de ses relations avec ses pairs? _____

Est-ce que l'étudiant a eu des difficultés particulières avec ses devoirs ou la remise de projets? _____

Avez-vous des commentaires à ajouter? N'hésitez pas à contacter avec nous si vous en ressentez le besoin lors de cette évaluation. _____

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE

Veillez compléter et apporter lors de votre prochain rendez-vous

Nom du patient: _____ **Date à laquelle le formulaire a été complété:** _____

Personne complétant ce formulaire (si pas le patient): _____ mère père autre

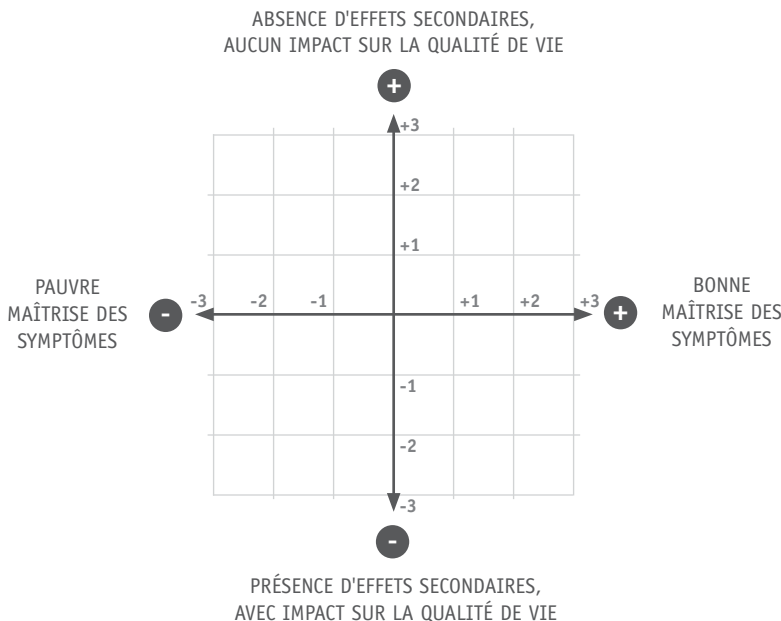
Sous médication depuis (période décidée avec votre médecin): _____ (date)

Liste des médicaments actuels:

- Médication non encore commencée
- Prend sa médication telle que prescrite
- Oublie/saute des doses à l'occasion
- Prend sa médication de façon irrégulière
- A arrêté sa médication

Directives pour utiliser le schéma ci-dessous:

1. Mettre un point sur la ligne noire horizontale indiquant le niveau de maîtrise des symptômes actuels entre -3 et +3.
2. Mettre un point sur la ligne noire verticale indiquant le niveau actuel de l'impact sur la qualité de vie des effets secondaires entre -3(impact important) et +3 (pas d'impact).
3. Dessiner un X où les points faits sur chaque ligne se réuniront pour montrer l'état actuel du patient.



Commentaire:

Quels changements sont survenus depuis le début de la médication?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas: aucune médication de prise | <input type="checkbox"/> Aucun changement |
| <input type="checkbox"/> Nette amélioration | <input type="checkbox"/> Faible détérioration |
| <input type="checkbox"/> Amélioration | <input type="checkbox"/> Détérioration |
| <input type="checkbox"/> Faible amélioration | <input type="checkbox"/> Nette détérioration |

Veillez indiquer ci-dessous par un X la fréquence des effets secondaires survenus depuis le dernier rendez-vous médical. Veillez contacter votre médecin si les effets secondaires sont significatifs.

EFFETS SECONDAIRES	FRÉQUENCE				Commentaires
	Jamais	À l'occasion	Souvent	Toujours	
Mal de tête					
Peau sèche					
Yeux secs					
Sécheresse buccale					
Soif					
Maux de gorge					
Vertiges					
Nausée					
Maux d'estomac					
Vomissements					
Transpiration					
Perte d'appétit					
Perte de poids					
Gain de poids					
Diarrhée					
Urine fréquemment					
Tics					
Difficultés à dormir					
Changements d'humeur					
Irritabilité					
Agitation/excitation					
Tristesse					
Palpitations cardiaques					
Pression artérielle élevée					
Dysfonction sexuelle					
Se sent pire ou différemment lorsque la médication s'estompe (rebound)					
Autre:					

Points à discuter lors de votre prochain rendez-vous:

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE

Veillez compléter et apporter lors de votre prochain rendez-vous

Nom du patient: _____ **Date à laquelle le formulaire a été complété:** _____

Personne complétant ce formulaire (si pas le patient): _____ mère père autre

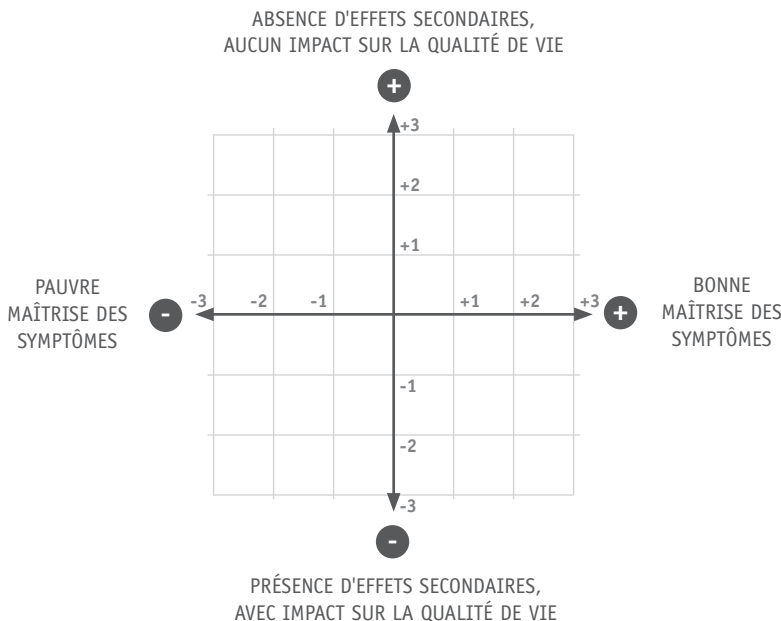
Sous médication depuis (période décidée avec votre médecin):
_____ (date)

Liste des médicaments actuels:

- Médication non encore commencée
- Prend sa médication telle que prescrite
- Oublie/saute des doses à l'occasion
- Prend sa médication de façon irrégulière
- A arrêté sa médication

Directives pour utiliser le schéma ci-dessous:

- Mettre un point sur la ligne noire horizontale indiquant le niveau de maîtrise des symptômes actuels entre -3 et +3.
- Mettre un point sur la ligne noire verticale indiquant le niveau actuel de l'impact sur la qualité de vie des effets secondaires entre -3(impact important) et +3 (pas d'impact).
- Dessiner un X où les points faits sur chaque ligne se réuniront pour montrer l'état actuel du patient.



Commentaire:

Quels changements sont survenus depuis le début de la médication?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas: aucune médication de prise | <input type="checkbox"/> Aucun changement |
| <input type="checkbox"/> Nette amélioration | <input type="checkbox"/> Faible détérioration |
| <input type="checkbox"/> Amélioration | <input type="checkbox"/> Détérioration |
| <input type="checkbox"/> Faible amélioration | <input type="checkbox"/> Nette détérioration |

Veillez indiquer ci-dessous par un X la fréquence des effets secondaires survenus depuis le dernier rendez-vous médical. Veillez contacter votre médecin si les effets secondaires sont significatifs.

EFFETS SECONDAIRES	FRÉQUENCE				Commentaires
	Jamais	À l'occasion	Souvent	Toujours	
Mal de tête					
Peau sèche					
Yeux secs					
Sécheresse buccale					
Soif					
Maux de gorge					
Vertiges					
Nausée					
Maux d'estomac					
Vomissements					
Transpiration					
Perte d'appétit					
Perte de poids					
Gain de poids					
Diarrhée					
Urine fréquemment					
Tics					
Difficultés à dormir					
Changements d'humeur					
Irritabilité					
Agitation/excitation					
Tristesse					
Palpitations cardiaques					
Pression artérielle élevée					
Dysfonction sexuelle					
Se sent pire ou différemment lorsque la médication s'estompe (rebound)					
Autre:					

Points à discuter lors de votre prochain rendez-vous:
