



Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

Téléphone:

No dossier:

Date:

## FORMULAIRE CADDRA POUR LE TRANSFERT DE PATIENTS ATTEINTS D'UN TDAH

Autres médecins et services impliqués pour les soins:

Médicament (Actuel & Antérieur)	Actuel ✓	Dosage actuel Dosage max. pendant l'essai	Durée de l'essai	Raison de l'arrêt du médicament
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			

Adhésion au traitement. Commentaires:

Grandeur:

Poids:

Pression artérielle:

Pouls:

<b>Comorbidités</b> ✓	<input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété	<input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur	<input type="checkbox"/> Trouble des conduites	<input type="checkbox"/> Trouble d'opposition avec provocation	<input type="checkbox"/> Tics
<input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Troubles du spectre autistique	<input type="checkbox"/> Troubles du langage	<input type="checkbox"/> Trouble/traits de personnalité	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Syndrome d'alcoolisation fœtale
<input type="checkbox"/> Toxicomanie	<input type="checkbox"/> Autre				

Commentaires:

Sévérité des impacts fonctionnels du TDAH:

Léger

Modéré

Sévère

Commentaires:

Diagnostic médical:

Plan de traitement:

Signature:

Date:

Copie à être envoyée à: