



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____ No de dossier: _____

Nom du médecin: _____ Date: _____

FORMULAIRE CADDRA D'ÉVALUATION DU TDAH

Identification

Patient: _____ D.N.: _____ Date de l'examen: _____

Âge: _____ Sexe: H _____ F _____ Niveau scolaire (actuel/dernier complété): _____

Occupation actuelle: Étudiant _____ Sans emploi _____ Invalidité _____ Profession: _____

État civil: enfant/adolescent OU Adulte adulte célibataire _____ marié _____ conjoint de fait _____ séparé _____ divorcé _____

Origine ethnique: (Optional): _____

Autre personne contact: _____ Téléphone du patient: _____

Information démographique

	Père biologique (si connu)	Mère biologique (si connue)	Époux(se)/Conjoint(e)(si applicable)
Nom			
Profession			
Dernier niveau scolaire complété:			

Adopté(e): Non _____ Oui _____ Âge lors de l'adoption: _____ Pays d'origine: _____

Fratric biologique et par alliance: _____

	Beau-père (si applicable)	Belle-mère (si applicable)	Autre tuteur (si applicable)
Nom			
Profession			
Dernier niveau scolaire complété:			

Nombre de demi-frères et/ou demi-soeurs: _____ Garde (indiquer le parent ayant la garde): _____

Temps avec père biologique: _____ Temps avec mère biologique: _____ Temps avec famille recompose: _____

Langue parlée: À la maison:: Français _____ Autre _____ À l'école:: _____

Enfants (si applicable) Nombre d'enfants biologiques: _____ Nombre d'enfants du conjoint(e): _____

Nom et âge:	

Motif de la référence

Référé par: _____ Téléphone: _____ Télécopieur: _____

Initié par: Patient Parent Conjoint Employeur École Médecin de famille Autre: _____

Impulsivité

Inattention

Hyperactivité

Problème principal:
(cochez tout ce qui s'applique)

Désorganisation

Humeur/Anxiété

Procrastination

Estime de soi

Consommation de substances

Problèmes scolaires

Agressivité

Autre

Détails:

Réaction face
à la référence:

Historique des symptômes du TDAH:

(apparition, progression, facteurs aggravants, facteurs de protection, stratégies d'adaptation, résultats)



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____ No de dossier: _____

Nom du médecin: _____ Date: _____

Antécédents médicaux

Allergies: Non ____ Oui ____ Détails: _____

Antécédents cardiovasculaires:

- hypertension tachycardie arythmie autre: dyspnée évanouissements douleurs à la poitrine après effort Autre

Risques cardiovasculaires spécifiques identifiés: Non ____ Oui ____ Détails: _____

Résultats de laboratoire ou ECG positifs: _____

Histoire médicale positive:

- Exposition in utero à la nicotine, alcool ou drogue
- Stigmates/effets du SAF
- Anoxie/complications périnatales
- Retard de développement
- Problèmes de coordination
- Dysfonction motrice cérébrale
- Empoisonnement au plomb
- Neurofibromatose
- Dystrophie musculaire
- Autre syndrome génétique
- Troubles visuels/auditifs
- Trouble de la thyroïde
- Diabète
- Retard de croissance
- Anémie
- Traumatisme crânien
- Convulsions
- Énurésie
- Blessures
- Apnée du sommeil
- Tourette/tics
- Hypertrophie des adénoïdes ou des amygdales
- Asthme
- Troubles du sommeil
- Symptômes secondaires à des causes médicales
- Complications médicales de la consommation de drogues/alcool

Autre/Détails:

Historique des médicaments

Assurance médicaments complète: Non ____ Oui ____ Détails: _____

Publique ____ Privée ____ **Traitements psychologiques couverts:** Non ____ Oui ____ Détails: _____

Adhésion au traitement/attitude à l'égard des médicaments:

Difficulté à avaler les pilules: Non ____ Oui ____
 (Si applicable: contraception) Non ____ Oui ____ (Détails): _____

Médicaments actuels:	Dosage	Durée du traitement	Résultats et effets secondaires

Médicaments antérieurs	Dosage	Durée du traitement	Résultats et effets secondaires



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____ No de dossier: _____

Nom du médecin: _____ Date: _____

Examen physique

Les diverses lignes directrices du monde entier reconnaissent la nécessité d'un examen physique dans le cadre d'une évaluation pour le TDAH afin d'éliminer les causes organiques du TDAH, d'exclure les séquelles somatiques du TDAH et d'écarter les contre-indications aux médicaments. Bien que cet examen physique suive toutes les procédures habituelles, plusieurs évaluations spécifiques sont nécessaires. Il s'agit notamment de, mais sans s'y limiter:

Exclure les causes médicales mimant un TDAH:

1. Évaluation auditive et visuelle
2. Trouble de la thyroïde
3. Neurofibromatose (taches café au lait)
4. Toute cause possible d'anoxie (asthme, CV, trouble cardiovasculaire)
5. Syndromes génétiques et dysmorphies faciales
6. Syndrome d'alcoolisme fœtal: retard de croissance, petite circonférence de la tête, ouverture plus petite des yeux, pommettes aplaties et philtrum indistinct (espace sous-développé entre le nez et la lèvre supérieure)
7. Abus physique: fractures non guéries, marques de brûlure, blessures inexplicables
8. Troubles du sommeil: hypertrophie des adénoïdes ou des amygdales, difficulté à respirer, apnée du sommeil
9. Retard de croissance ou retard staturo-pondéral
10. PCU, maladie du coeur, épilepsie et diabète instable peuvent tous être associés à des problèmes d'attention
11. Traumatisme crânien

L'histoire médicale et les examens de laboratoire fournissent de l'information sur la consommation par la mère pendant la grossesse, l'apnée du sommeil, le retard de croissance, l'empoisonnement au plomb, un traumatisme crânien

Exclure les séquelles du TDAH:

1. Abus
2. Haut seuil de douleur
3. Sommeil irrégulier, retard de la phase du sommeil, court cycle du sommeil
4. Trouble comorbide de la coordination du développement, preuve de difficultés de motricité en faisant des tâches de routine telles que se rendre à la table d'examen
5. Mange difficilement: ne s'assoie pas pour manger
6. Preuve de blessures causées par une mauvaise coordination ou pratique de sports extrêmes

Exclure les contre-indications aux médicaments:

1. Glaucome
2. Hypertension non contrôlée
3. Toute anomalie cardiovasculaire significative

Date du dernier examen physique: _____ Par qui: _____

Résultats d'anomalie au dernier examen: _____

Examen physique actuel

Système	Fait		Normal		Résultats (Détails de l'anomalie)
	Non	Oui	Non	Oui	
Peau					
ORL					
Respiratoire					
GI et GU					
Cardiovasculaire					
Musculo-squelettiques					
Immunologique et Hématologiques					
Neurologique					
Endocrinien					
Dysmorphie faciale					
Autre					

Poids: Chez les enfants: percentile	Taille: Chez les enfants: percentile	Circonférence tête: (Seulement pour enfants)	TA:	Pouls:
Résultats pertinents à l'examen: (Détails)				

Antécédents psychiatriques:

Évalué alors que enfant/adolescent/adulte? No _____ Oui _____ Par: _____

Diagnosics antérieurs:

Tentatives de suicide ou gestes de violence envers les autres: Oui _____ Non _____

Détails:

Traitements psychologiques: Oui _____ Non _____

Évaluation/hospitalisation psychiatrique antérieure: Oui _____ Non _____

Historique du développement

Problèmes durant la grossesse: Non _____ Oui _____

Détails::

_____ à la date prévue _____ prématuré (# de sem.: _____)

Accouchement: _____ en retard (# de sem.: _____) _____ forceps utilisés

_____ césarienne _____ siège

Difficultés de motricité globale: ramper, marcher, deux roues, gym, sports: Non _____ Oui _____

Difficultés de motricité fine: tracer, attacher lacets, dessiner, écrire: Non _____ Oui _____

Difficultés de langage: premier langage, premiers mots, phrases complètes, bégaiement: Non _____ Oui _____

Comportements étranges notés (par exemple se balancer sur place, claquer des mains, aucun contact visuel, jeu étrange, se frappe la tête): Non _____ Oui _____

Tempérament: (par exemple difficile, hyper, facile, tranquille, heureux, affectueux, calme, se calme par soi-même, intense)

Description par les parents du tempérament de leur enfant:

Trouble d'apprentissage identifié: Non Oui dyslexie dysorthographe dyscalculie dysphasie Autre _____

Antécédents familiaux (parenté de premier degré)

Quel était le tempérament des parents biologiques pendant leur enfance, si connu (par exemple introverti versus extraverti)

Père: _____ Mère: _____

Antecedents familiaux positifs:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH (probable) | <input type="checkbox"/> TDAH (confirmé) | <input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> Troubles du spectre autistique | <input type="checkbox"/> Troubles congénitaux | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Bipolaire | <input type="checkbox"/> Psychose | <input type="checkbox"/> Troubles de personnalité | <input type="checkbox"/> Suicide |
| <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> Tourette/Tics | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Problèmes d'alcool/drogues |
| <input type="checkbox"/> Antécédents judiciaires | | | |
| <input type="checkbox"/> Antécédents de mort cardiaque prématurée | <input type="checkbox"/> Arythmies connues | <input type="checkbox"/> Hypertension | |

Détails:

Fonctionnement dans la vie sociale et loisirs

Habitudes générales (selon l'âge du sujet, certains points peuvent ne pas s'appliquer) **Donner fréquence et/ou détails:**

Exercice

Nutrition

Hygiène personnelle

Activités de loisir adéquates

Routine du sommeil et qualité du sommeil Heure du coucher: _____ Temps nécessaire pour s'endormir: _____ Heure de réveil: _____
 # heures de sommeil: _____ Mélatonine: Non _____ Oui _____ Dose _____

Troubles du sommeil?

Résistance au coucher:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	Régularité:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Somnolence diurne excessive:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	Ronflement:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Réveil:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui					

Facteur de risque	Non	Oui	Détails et attitude face au changement
Temps d'écran excessif			
Tendance aux accidents			
Sports extrêmes			
Caféine			
Tabagisme			
Alcool			
Drogues			
Finances			
Conduite automobile			
Relations interpersonnelles			
Rôle parental			
Conflits familiaux			
Aspect légaux			
Discipline			
Témoin de violence			
Trauma			
Abus physique			
Abus émotionnel			
Abus sexuel			
Placement en famille d'accueil			
Pertes significatives			
Maladie			

Fonctionnement actuel à domicile (selon l'âge du sujet, certains points peuvent ne pas s'appliquer). Donner fréquence et/ou détails:	
Forces famille/patient	
Facteurs de stress au sein de la famille	Antérieurs:
	Actuels:
Atmosphère familiale	
Routine matinale	
Attitudes face aux tâches (si adulte: tâches ménagères)	
Attitudes face aux règles (si adulte: capacité à fixer des règles)	
S'amuser en famille	
Discipline au sein de la famille (si adulte: capacités parentales)	
Relations avec la fratrie (si adulte: relations avec conjoint(e))	
Frustrations parent/conjoint(e)	

Fonctionnement social (selon l'âge du sujet, certains peuvent ne pas s'appliquer). Donner fréquence et/ou détails:	
Forces du patient	
Activités, loisirs	
Amis (par exemple jouer avec des amis, fêtes, événements sociaux)	
Habilités sociales (par exemple compassion, empathie)	
Humour	
Gestion de la colère (par exemple agression, intimidation)	
Intelligence émotionnelle (par exemple contrôle émotionnel, conscience)	
Identité sexuelle	

Fonctionnement à l'école (si ne fréquente pas l'école, indiquer les antécédents scolaires):

Nom de l'école: _____

_____ Français langue seconde _____ Plan d'enseignement individualisé _____ Classe

_____ Spécialisée Désignation spécialisée Détails: _____

	Maternelle – 8e année	École secondaire
Bulletins scolaires		
Commentaires sur bulletin		
Problèmes de comportement		
Relations avec les pairs		
Relations enseignant-enfant		
Relations enseignant-parents		
Attitudes face aux devoirs		
Sens de l'organisation		
Réalise son potentiel/difficultés		
Expression écrite		
Accommodements		
Tutorat et/ou aide pour apprentissage		
Aides technologiques		
CEGEP/Université		
Accommodements:		
Réalise son potentiel/difficultés:		

Fonctionnement au travail (selon l'âge du sujet, certains points peuvent ne pas s'appliquer). **Donner fréquence et/ou détails:**

Statut d'emploi actuel: TP Tpartiel Sans emploi Travailleur autonome Contrat Invalidité

Évaluation sur le plan professionnel: _____ Non _____ Oui -Si oui, genre d'emplois: _____

d'emplois antérieurs: _____ Durée la plus longue d'un emploi: _____

Forces au travail:

Faiblesses au travail:

Plaintes:

Accommodements au travail:

Autre information sur le travail:

Échelles d'évaluation (Administrer une ou les échelles d'évaluation pertinentes pour le proche, l'enseignant ou le patient)

Étape 1: Indiquer le formulaire utilisé

Symptômes du TDAH dans l'enfance: SNAP-IV Weiss Symptom Record II (WSRII) Autre _____

symptômes actuels du TDAH: SNAP- IV (pour enfant) ASRS (pour adulte) Autre _____

ÉTAPE 2: Indiquer le résultat obtenu

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES (entrer le nombre de points positifs pour chaque catégorie, encercler la case si le seuil a été atteint ou si un TOP ou TC est une préoccupation)				
Dépistage a posteriori sx enfance	IA /9	HI /9	TPP /8	TC* /15
ACTUELS				
Parent	IA /9	HI /9	TPP /8	TC* /15
Patient	IA /9	HI /9	TPP /8	TC* /15
Enseignant	IA /9	HI /9	TPP /8	TC* /15
Collatéral	IA /9	HI /9	TPP /8	TC* /15
Dx autre trouble comorbide*				

* Le trouble des conduites et les autres troubles comorbides ne s'appliquent qu'au WSR.

POUR LES ADULTES: Le Adult ADHD Self Report Rating Scale (ASRS) (version française – non validée) peut être utilisé pour les symptômes actuels du TDAH, partie A étant la section pour le dépistage

ADULT ADHD SELF REPORT RATING SCALE (ASRS) (entrer le nombre de points positifs pour la partie A et la partie B, encercler la case si le seuil a été atteint)	
Partie A (Seuil > 4) /6	partie B /12

ÉTAPE 3: Administrer le Weiss Functional Inventory Rating Scale(WFIRS) (version française – non validée) – Optionnel

WEISS FUNCTIONAL INVENTORY RATING SCALE (WFIRS) (version française – non validée) (noter le nombre de points évalués 2 ou 3, encercler lorsque vous percevez un problème)							
Parent	Famille /10	École (apprentissage) /4		Trouble d'opposition avec provocation /8		Trouble des conduites* /15	
		École (comportement) /6					
Soi-même	Famille /8	Travail /11	École /10	Compétences de la vie /12	Concept de soi /5	Social /9	Risque /14

AUTRES ÉCHELLES

Évaluation psychométrique – Faite? Non Oui Demandée Date(s) des tests: _____

Résultats des tests d'intelligence: sous la moyenne limite moyenne inférieure moyenne

moyenne supérieure supérieur à la moyenne supérieur

WISC or WAIS (%ile ou résultat)	Compréhension verbale	Raisonnement perceptif	Mémoire de travail	Vitesse de traitement	Anciens tests QI utilisaient %ile/QI
					QI global _____
					QI verbal _____
					QI performance _____

Achievement tests Score: -2 (>2 ans plus bas) -1 (1-2 ans plus bas) 0 (niveau de base) +1 (1-2 ans plus haut) +2 (>2 ans plus haut)

Niveau académique: Lecture _____ Orthographe _____ Maths _____ Écriture _____

ÉTAT MENTAL LORS DE L'EXAMEN (observations cliniques lors de la rencontre)

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

(Cette section permet au médecin de faire le point sur la collecte globale de l'information pour l'élaboration du diagnostic, la rétroaction et le plan de traitement)

Item de pertinence	N/A	N'indique pas un TDAH	Indique peut-être un TDAH	Indique fortement un TDAH	Commentaires
Symptômes du TDAH dans l'enfance					
Symptômes actuels du TDAH					
Information collatérale					
Observations cliniques					
Antécédents familiaux (parenté de premier degré)					
Révision des bulletins scolaires					
Évaluations psychiatriques antérieures					
Évaluations psychométriques/ psychologiques					
	N/A	suggère qu'une explication alternative explique mieux le tableau	TDAH est toujours possible, mais d'autres facteurs sont pertinents	TDAH demeure la meilleure explication	Commentaires
Exposition in utero à des substances					
Complications postnatales					
Tempérament lorsque jeune enfant					
Principales étapes du développement					
Stresseurs psychosociaux avant l'âge de 12 ans					
Accidents et blessures (particulièrement à la tête)					
Traumatisme majeur avant l'âge de 12 ans (par exemple abus physique, sexuel, négligence)					
Utilisation de substances					
Autres troubles psychiatriques					
Autres troubles médicaux					

Points importants sur le style de vie:

PLAN DE TRAITEMENT

Nom du patient: _____

No de dossier: _____

	N/A	À faire	Fait	Référé à et commentaires
Psychoéducation				
Éducation du patient				
Éducation des parents				
Info pour l'école				
Documents d'information remis				
Médical				
Examen physique				
Examen cardio-vasculaire				
Évaluations de base				
Examens de laboratoire				
Autre				
Interventions pharmacologiques				
Discussion des options pharmacologiques				
Traitement pharmacologique				
Interventions non pharmacologiques				
Évaluation psychologique				
Gestion des habiletés sociales				
Gestion de la colère				
Gestion de la dépendance				
Thérapie comportementale				
Thérapie cognitive-comportementale				
Formation spécifique-habiletés parentales				
Référence en ergothérapie				
Thérapie du langage				
Pédagogique & Professionnel				
Évaluation en psychologie ou neuropsychologie ou en orthophonie				
Accommodements à l'école/éducation spécialisée				
Évaluation sur le plan professionnel				
Accommodements au travail				
Formulaires particuliers à remplir				
Crédits d'impôt de l'Agence canadienne du Revenu				
Assurance				
Autre				

Signature du médecin: _____ Date: _____

Copie envoyée à: _____ No de télécopieur: _____