



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____ No de dossier: _____

Nom du médecin: _____ 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

Adhésion au traitement. Commentaires:

Grandeur: _____ Poids: _____ Pression artérielle: _____ Pouls: _____

Comorbidités:

- Trouble d'anxiété
- Trouble de l'humeur
- Trouble des conduites
- Trouble d'opposition avec provocation
- Tics
- Trouble d'apprentissage
- Troubles du spectre autistique
- Troubles du langage
- Trouble/traits de personnalité
- Déficience intellectuelle
- Syndrome d'alcoolisation fœtale
- Toxicomanie
- Autre

Commentaires:

Sévérité des impacts fonctionnels du TDAH:

- Léger Modéré Sévère

Commentaires:

Diagnostic médical:

Plan de traitement:

Signature: _____ Date: _____

Copie à être envoyée à: _____