



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____ No de dossier: _____

Nom du Clinicien: _____ Date: _____

FORMULAIRE CADDRA DU CLINICIEN POUR L'ÉVALUATION INITIALE ET LE SUIVI DU TDAH

Autre personne présente durant l'examen: _____

Clinicien: _____ Autre(s) thérapeute(s) impliqué(s): _____

Médicaments actuels:	Dose & fréquence	Effets thérapeutiques	Effets secondaires

Adhésion au traitement: COMPLETE (prise de médicaments telle que prescrite) PARTIELLE (doses manquées, n'a pas respecté la prescription) AUCUNE (arrêté la prise de médicaments pour au moins 1 sem)

Développement depuis le dernier rendez-vous: _____

Taille:	Poids:	TA:	Pouls:
Observations:	Opinion:		

Diagnostic psychiatrique:

- TDAH, Combiné Trouble d'apprentissage Trouble d'anxiété Trouble des conduites
 TDAH, Inattention Trouble du langage Dépression Personality Disorder/Traits
 Trouble d'opposition avec provocation Déficience intellectuelle Tics Autre _____

Problèmes médicaux:

- Facteurs de stress:** Léger Modéré Sévère Extrême
Sévérité de la difficulté: Limite Légère Modérée Prononcée Sévère Extrême
Évolution: Grande amélioration Nette amélioration Faible amélioration Aucun changement Faible détérioration Détérioration Nette détérioration

Plan de traitement:	Médication:			
	Aucun changement <input type="checkbox"/>	Augmentation <input type="checkbox"/>	Baisse <input type="checkbox"/>	Changement <input type="checkbox"/>
Psychologique/Autre:	École/Travail:			
Plan de suivi:				

Signature: _____ Date _____

Copie envoyée à: _____