



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____ No. de Dossier: _____

Nom du clinicien: _____ Date: _____

FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE

Veillez compléter et apporter lors de votre prochain rendez-vous

LISTE DES MEDICAMENTS ACTUELS: énumérer tous les médicaments actuels.

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Veillez indiquer ci-dessous tous les changements survenus depuis le début du traitement :

Maîtrise des symptômes du TDAH						
-3	-2	-1	0	1	2	3
pire			aucun changement			mieux

Tolérabilité de la médication (effets secondaires)						
-3	-2	-1	0	1	2	3
pire			aucun changement			mieux

Qualité de vie						
-3	-2	-1	0	1	2	3
pire			aucun changement			mieux

Comment qualifieriez-vous l'ensemble des changements survenus depuis le début du traitement?

Non-applicable (aucune prise de médicament)

Nette amélioration

Faible amélioration

Aucun changement

Faible détérioration

Nette détérioration

Comments:

Veillez indiquer 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	
Perte d'appétit					
Perte de poids					
Gain de poids					
Maux d'estomac					
Nausée					
Vomissements					
Diarrhée					
Sécheresse (peau/yeux/bouche)					
Soif					
Maux de gorge					
Difficultés à dormir					
Tics					
Mal de tête					
Tensions musculaires					
Fatigue					
Vertiges					
Transpiration					
Agitation/excitation					
Irritabilité					
Changements d'humeur					
Trop focaliser «Effet zombie»					
Tristesse					
Palpitations cardiaques					
Changements significatifs de la pression artérielle (plus faible ou plus élevée)					
Urine fréquemment					
Dysfonction sexuelle					
Se sent pire ou différemment lorsque la médication s'estompe (rebond)					
Autre:					

Points à discuter lors de votre prochain rendez-vous :