

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Instructions - CADDRA pour l'évaluation de l'adulte

Vous êtes présentement en processus d'évaluation pour le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Votre médecin demandera à vous et à ceux qui vous connaissent le mieux (conjoint, membre de votre famille, colocataire ou ami) de compléter les formulaires suivants sur votre fonctionnement selon différentes situations.

Cette information doit être révisée par un médecin qualifié dans le cadre d'une évaluation globale du TDAH. Le TDAH n'est pas diagnostiqué seulement par le biais de questionnaires. En plus d'identifier les symptômes, il faut en déterminer les causes. Une évaluation médicale complète est nécessaire afin d'écartier d'autres problématiques possibles des symptômes présentés.

Votre participation est très importante, mais ne vous inquiétez pas de «mal» répondre ou «de vous étiqueter». Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Des questions vous seront demandées sur votre fonctionnement selon différentes situations. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse, indiquez celle qui vous décrit le mieux dans cette situation. Chaque item du questionnaire est moins important que le portrait global, et cela permettra une meilleure évaluation par un professionnel qualifié.

Si vous n'avez pas reçu copie des formulaires, instructions et documents, vous pouvez les obtenir et les imprimer à partir du site de CADDRA (www.caddra.ca).

Formulaires

Note: Veuillez compléter les formulaires demandés par votre professionnel de la santé tels qu'indiqués ci-dessous. Il est possible qu'on vous demande de les compléter en utilisant deux couleurs différentes afin de différencier lorsque vous êtes sous médication et sans médication.

Nom du document	Formulaires recommandés	À être complété par:		
		Patient	Conjoint/Autre	Parent
Weiss Symptom Record*	2	x	x	
Weiss Functional Impairment Rating Scale - Self*	2	x	x	
Inventaire des symptômes du TDAH (symptômes actuels)	2	x	x	
Inventaire des symptômes du TDAH (rétrospective: à être complété selon ce qui était perçu lorsque vous étiez enfant)	2	x		x
Adult ADHD Self Report Scale*	2	x	x	
Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique (si sous médication)	1	x		

* version française non validée

Ressources

Veuillez lire l'information sur le TDAH remise par votre professionnel de la santé. Les informations générales et ressources sur le TDAH par CADDRA peuvent être imprimées à partir du site www.caddra.ca.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Weiss Symptom Record (WSR) (version française - non validée)

<i>Consignes au répondant: Cochez la case qui s'applique le mieux au comportement décrit. Consignes au médecin: les symptômes notés 2 ou 3 sont positifs et calculez le total.</i>	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	# items notés 2 ou 3 (Critères DSM)
TDH COMBINÉ 314.01						≥6/9 IA & HI
INATTENTION 314.00						
Commet des erreurs d'inattention						
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes						
Ne semble pas écouter quand on lui parle						
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche						
Est désorganisé dans ses tâches et activités						
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)						
Perd des choses						
Est facilement distrait						
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours						/9 (≥6/9)
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01						
S'agite ou bouge sur son siège						
A de la difficulté à rester en place ou assis						
A la bougeotte						
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes						
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»						
Parle trop						
Répond avant la fin de la question						
A de la misère à attendre son tour						
A tendance à interrompre ou à déranger les autres						/9 (≥6/9)
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81						
Perd le contrôle de ses humeurs						
Argumente avec les adultes						
Est défiant ou refuse de suivre les consignes						
Embête les autres délibérément						
Blâme les autres plutôt que lui-même						
Est susceptible						
Est colérique ou rancunier						
Est méchant ou cherche à se venger						/8 (≥4/8)

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TICS 307.2						SÉVÉRITÉ
Mouvements involontaires répétés (clignement des yeux, contraction musculaire)						
Sons involontaires répétitifs (raclement de la gorge, reniflement)						
TROUBLE DES CONDUITES 312.8						
Intimide ou menace les autres						
Débute des altercations physiques						
A utilisé une arme (bâton, brique, bouteille, couteau, fusil)						
Est cruel envers les personnes						
Est cruel envers les animaux						
A volé la personne qu'il confrontait						
A forcé une personne à une activité sexuelle						
Met le feu avec l'intention de causer des dommages						
Détruit les biens des autres						
S'est introduit dans une maison, un immeuble ou une auto						
Ment pour obtenir ce qu'il veut ou éviter des responsabilités						
Vole des biens sans valeur et sans confronter la victime						
Ne rentre pas le soir malgré couvre-feu						
A fugué la nuit au moins à deux reprises						
S'absente de l'école ou du travail						/15(≥3/15)
ANXIÉTÉ						
Se tracasse concernant la santé, les êtres aimés, les catastrophes						300.02
Incapable de relaxer, est nerveux						300.81
Se plaint de douleurs chroniques inexplicables						300.3
Ne peut se départir de pensées étranges						
Fait la même chose plusieurs fois de suite						300.01
Attaques de panique soudaines avec anxiété intense						300.23
Extrêmement timide						
Refuse de faire des choses devant les autres						309.21
Refuse d'aller à l'école, au travail ou de se séparer des autres						300.29
Peurs irrationnelles qui interfèrent avec activités						312.39
Tire ses cheveux, sourcils						
Ronge ses ongles						
Refuse de parler en public, mais parle à la maison						mutisme
DÉPRESSION 296.2(simple) .3(récurrente)						
Se sent triste, malheureux ou dépressif	Oui		Non			Doit être présent
A perdu l'intérêt, est démotivé	Oui		Non			Doit être présent
Se sent sans valeur						
A moins d'énergie et est moins productif						
Est sans espoir et pessimiste envers le futur						
Sentiment de culpabilité excessif ou auto-accusation exagérée						
A des pensées d'automatation ou de suicide						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
DÉPRESSION (suite)						SÉVÉRITÉ
Retrait social						
Perte ou gain de poids significatif						
A un changement dans son sommeil						≥5/9>2sem
Agité ou léthargique, ralenti						
Présente un changement dans sa concentration						
Tentatives de suicide	#		Sérieux			
MANIE 296.0(maniaque) .6(mixtes) .5(dépressif)222						
A des variations importantes d'humeur		Oui	Non		Doit être présent	
Augmentation soudaine de l'estime de soi						
Baisse du besoin de sommeil						
Pensées rapides						
Parle trop et discours semble fait sous pression						
Augmentation soudaine de motivation, agité						≥3 > 1 sem
Activités à haut risque (dépense beaucoup, promiscuité)						/3 (≥3)
HABILETÉS SOCIALES 299						
Ne maintient pas de contact visuel ou utilise un langage corporel étrange						
A de la misère à se faire des amis						
Difficulté à partager spontanément les émotions positives						
A de la misère à se connecter au plan émotif						
Retard de langage ou absence de communication linguistique						
A des problèmes de communication						
Parle d'une voix bizarre (sans tonalité ou monotone)						
Sa pensée est concrète, son abstraction est pauvre						
Idées fixes intenses dans un champ d'intérêt						
Routines ou rituels rigides même si non fonctionnels						
Préoccupé par des objets ou des parties d'objet						
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains, tourner en rond)						
PSYCHOSE 295						
A des idées bizarres, désorganisées						
Entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas là						
Convaincu que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal						
Croit qu'il peut lire dans les pensées ou vice versa						
A l'impression que la télévision parle spécifiquement de lui						
A une idée fixe en dehors de la réalité						
Ses idées s'entremêlent de façon illogique						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
ABUS DE SUBSTANCE						SÉVÉRITÉ
Prend de l'alcool en excès (>2 verres/jr, >4 verres à la fois)						
Fume la cigarette						
Utilise quotidiennement de la marijuana						
Utilise d'autres drogues						
Fait abus de médicaments sous prescription						
TROUBLE DU SOMMEIL 307.4						
Agité ou léthargique, au ralenti						
A de la misère à s'endormir						
A de la misère à rester endormi						
A un profil de sommeil anormal pendant le jour						
S'endort sans avertissement de jour						
Fait du somnambulisme						
Fait des cauchemars						
S'endort tard et se réveille tard						
Changements quotidiens d'horaire de sommeil						
Ronflement excessif						
Sentiment de jambes sans repos tout en essayant de s'endormir						
Donne des coups de pied brusques pendant le sommeil						
A de la difficulté à respirer pendant le sommeil						
TROUBLE D'ÉLIMINATION						
Ne peut contrôler sa miction pendant la nuit (urine dans le lit)						
Ne peut contrôler sa miction pendant le jour (dans ses vêtements)						
A de l'incontinence, salit ses sous-vêtements						
TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES 307						
Vomit après les repas ou mange par excès						
Sous son poids santé et refuse de manger						
A une image déformée de son corps						
Est difficile/capricieux pour la nourriture						
Mange beaucoup de malbouffe						
TROUBLE D'APPRENTISSAGE 315						
Retard de langage expressif						
Bégaiement						
A de la difficulté à articuler						
Performe sous la moyenne en lecture						
Performe sous la moyenne en mathématiques						
A de la difficulté à écrire (malpropre, évite d'écrire)						
Performance scolaire variable						
Performe sous son potentiel à l'école						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION						SÉVÉRITÉ
Difficulté avec la motricité globale (par ex. gym, sports, bicyclette)						
Est maladroit						
Difficulté avec la motricité fine (boutons, lacets, couper)						
PERSONNALITÉ						
Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles						
Peur de l'abandon						
Idées suicidaires récurrentes ou tentatives de suicide						
Colères intenses						
Changements majeurs d'humeur						
Comportement autodestructeur ou s'inflige des blessures						
A une image de soi ou identité fragile						
Se sent vide à l'intérieur						
Réagit au stress par dissociation ou paranoïa transitoire						/9 (≥5/9)
Est centré sur lui-même, impression que «tout lui est dû»						301.81
Trompeur, agressif ou absence de remords						301.7
COMMENTAIRES:						

TDAH = Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; IA = sous-type inattention prédominant; HI = sous-type hyperactivité-impulsivité prédominant; TP limite = Trouble de personnalité limite; TPN = trouble de personnalité narcissique; TPAS = Trouble de personnalité antisociale.

Réimprimé avec la permission du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, (Copyright 2000). American Psychiatric Association.

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Weiss Symptom Record (WSR) (version française - non validée)

<i>Consignes au répondant: Cochez la case qui s'applique le mieux au comportement décrit. Consignes au médecin: les symptômes notés 2 ou 3 sont positifs et calculez le total.</i>	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	# items notés 2 ou 3 (Critères DSM)
TDH COMBINÉ 314.01						≥6/9 IA & HI
INATTENTION 314.00						
Commet des erreurs d'inattention						
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes						
Ne semble pas écouter quand on lui parle						
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche						
Est désorganisé dans ses tâches et activités						
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)						
Perd des choses						
Est facilement distrait						
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours						/9 (≥6/9)
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01						
S'agite ou bouge sur son siège						
A de la difficulté à rester en place ou assis						
A la bougeotte						
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes						
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»						
Parle trop						
Répond avant la fin de la question						
A de la misère à attendre son tour						
A tendance à interrompre ou à déranger les autres						/9 (≥6/9)
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81						
Perd le contrôle de ses humeurs						
Argumente avec les adultes						
Est défiant ou refuse de suivre les consignes						
Embête les autres délibérément						
Blâme les autres plutôt que lui-même						
Est susceptible						
Est colérique ou rancunier						
Est méchant ou cherche à se venger						/8 (≥4/8)

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TICS 307.2						SÉVÉRITÉ
Mouvements involontaires répétés (clignement des yeux, contraction musculaire)						
Sons involontaires répétitifs (raclement de la gorge, reniflement)						
TROUBLE DES CONDUITES 312.8						
Intimide ou menace les autres						
Débute des altercations physiques						
A utilisé une arme (bâton, brique, bouteille, couteau, fusil)						
Est cruel envers les personnes						
Est cruel envers les animaux						
A volé la personne qu'il confrontait						
A forcé une personne à une activité sexuelle						
Met le feu avec l'intention de causer des dommages						
Détruit les biens des autres						
S'est introduit dans une maison, un immeuble ou une auto						
Ment pour obtenir ce qu'il veut ou éviter des responsabilités						
Vole des biens sans valeur et sans confronter la victime						
Ne rentre pas le soir malgré couvre-feu						
A fugué la nuit au moins à deux reprises						
S'absente de l'école ou du travail						/15(≥3/15)
ANXIÉTÉ						
Se tracasse concernant la santé, les êtres aimés, les catastrophes						300.02
Incapable de relaxer, est nerveux						300.81
Se plaint de douleurs chroniques inexplicables						300.3
Ne peut se départir de pensées étranges						
Fait la même chose plusieurs fois de suite						300.01
Attaques de panique soudaines avec anxiété intense						300.23
Extrêmement timide						
Refuse de faire des choses devant les autres						309.21
Refuse d'aller à l'école, au travail ou de se séparer des autres						300.29
Peurs irrationnelles qui interfèrent avec activités						312.39
Tire ses cheveux, sourcils						
Ronge ses ongles						
Refuse de parler en public, mais parle à la maison						mutisme
DÉPRESSION 296.2(simple) .3(récurrente)						
Se sent triste, malheureux ou dépressif	Oui		Non			Doit être présent
A perdu l'intérêt, est démotivé	Oui		Non			Doit être présent
Se sent sans valeur						
A moins d'énergie et est moins productif						
Est sans espoir et pessimiste envers le futur						
Sentiment de culpabilité excessif ou auto-accusation exagérée						
A des pensées d'automatation ou de suicide						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
DÉPRESSION (suite)						SÉVÉRITÉ
Retrait social						
Perte ou gain de poids significatif						
A un changement dans son sommeil						≥5/9>2sem
Agité ou léthargique, ralenti						
Présente un changement dans sa concentration						
Tentatives de suicide	#		Sérieux			
MANIE 296.0(maniaque) .6(mixtes) .5(dépressif)222						
A des variations importantes d'humeur		Oui	Non		Doit être présent	
Augmentation soudaine de l'estime de soi						
Baisse du besoin de sommeil						
Pensées rapides						
Parle trop et discours semble fait sous pression						
Augmentation soudaine de motivation, agité						≥3 > 1 sem
Activités à haut risque (dépense beaucoup, promiscuité)						/3 (≥3)
HABILETÉS SOCIALES 299						
Ne maintient pas de contact visuel ou utilise un langage corporel étrange						
A de la misère à se faire des amis						
Difficulté à partager spontanément les émotions positives						
A de la misère à se connecter au plan émotif						
Retard de langage ou absence de communication linguistique						
A des problèmes de communication						
Parle d'une voix bizarre (sans tonalité ou monotone)						
Sa pensée est concrète, son abstraction est pauvre						
Idées fixes intenses dans un champ d'intérêt						
Routines ou rituels rigides même si non fonctionnels						
Préoccupé par des objets ou des parties d'objet						
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains, tourner en rond)						
PSYCHOSE 295						
A des idées bizarres, désorganisées						
Entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas là						
Convaincu que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal						
Croit qu'il peut lire dans les pensées ou vice versa						
A l'impression que la télévision parle spécifiquement de lui						
A une idée fixe en dehors de la réalité						
Ses idées s'entremêlent de façon illogique						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
ABUS DE SUBSTANCE						SÉVÉRITÉ
Prend de l'alcool en excès (>2 verres/jr, >4 verres à la fois)						
Fume la cigarette						
Utilise quotidiennement de la marijuana						
Utilise d'autres drogues						
Fait abus de médicaments sous prescription						
TROUBLE DU SOMMEIL 307.4						
Agité ou léthargique, au ralenti						
A de la misère à s'endormir						
A de la misère à rester endormi						
A un profil de sommeil anormal pendant le jour						
S'endort sans avertissement de jour						
Fait du somnambulisme						
Fait des cauchemars						
S'endort tard et se réveille tard						
Changements quotidiens d'horaire de sommeil						
Ronflement excessif						
Sentiment de jambes sans repos tout en essayant de s'endormir						
Donne des coups de pied brusques pendant le sommeil						
A de la difficulté à respirer pendant le sommeil						
TROUBLE D'ÉLIMINATION						
Ne peut contrôler sa miction pendant la nuit (urine dans le lit)						
Ne peut contrôler sa miction pendant le jour (dans ses vêtements)						
A de l'incontinence, salit ses sous-vêtements						
TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES 307						
Vomit après les repas ou mange par excès						
Sous son poids santé et refuse de manger						
A une image déformée de son corps						
Est difficile/capricieux pour la nourriture						
Mange beaucoup de malbouffe						
TROUBLE D'APPRENTISSAGE 315						
Retard de langage expressif						
Bégaïement						
A de la difficulté à articuler						
Performe sous la moyenne en lecture						
Performe sous la moyenne en mathématiques						
A de la difficulté à écrire (malpropre, évite d'écrire)						
Performance scolaire variable						
Performe sous son potentiel à l'école						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION						SÉVÉRITÉ
Difficulté avec la motricité globale (par ex. gym, sports, bicyclette)						
Est maladroit						
Difficulté avec la motricité fine (boutons, lacets, couper)						
PERSONNALITÉ						
Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles						
Peur de l'abandon						
Idées suicidaires récurrentes ou tentatives de suicide						
Colères intenses						
Changements majeurs d'humeur						
Comportement autodestructeur ou s'inflige des blessures						
A une image de soi ou identité fragile						
Se sent vide à l'intérieur						
Réagit au stress par dissociation ou paranoïa transitoire						/9 (≥5/9)
Est centré sur lui-même, impression que «tout lui est dû»						301.81
Trompeur, agressif ou absence de remords						301.7
COMMENTAIRES:						

TDAH = Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; IA = sous-type inattention prédominant; HI = sous-type hyperactivité-impulsivité prédominant; TP limite = Trouble de personnalité limite; TPN = trouble de personnalité narcissique; TPAS = Trouble de personnalité antisociale.

Réimprimé avec la permission du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, (Copyright 2000). American Psychiatric Association.

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – SELF REPORT (WFIRS-S) (version française – non validée)

Nom: _____ Date: DD MM AA

Date de naissance: DD MM AA Sexe: Masculin Féminin

Travail: Temps plein Temps partiel Autre: _____

Études: Temps plein Temps partiel

Directives: Encercler le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets de vos troubles émotionnels ou de comportement sur chaque item pendant le dernier mois.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
A.	FAMILLE					
1.	Nuisent aux relations avec les membres de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Causent des problèmes dans votre couple	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Causent des querelles familiales	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Causent des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
B.	TRAVAIL					
1.	Difficulté à effectuer ce qui est demandé	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Rendement de travail affecté	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Problèmes avec votre supérieur(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à maintenir un emploi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Congédiement ou perte d'emploi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à travailler en groupe	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Manque du travail, absentéisme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Faibles évaluations de rendement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
C.	ÉCOLE					
1.	Difficulté à prendre des notes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Problèmes avec votre enseignant(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Problèmes avec le personnel administratif	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Résultats scolaires instables	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
D.	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1.	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéo	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Problèmes d'hygiène personnelle	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à se préparer au coucher	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Problèmes de nutrition	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Problèmes sexuels	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Troubles du sommeil	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Accident ou blessure	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Inactivité physique	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Difficulté avec les tâches ménagères	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12.	Difficulté à gérer vos finances	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
E.	CONCEPT DE SOI					
1.	Mauvaise perception de vous-mêmes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Frustré(e) face à vous-même	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Sentiment de découragement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Insatisfait(e) de votre vie	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Impression d'être incompetent(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
F.	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1.	Vous argumentez avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Difficulté de coopérer avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à vous entendre avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Difficulté à avoir des activités de loisirs	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à vous faire de nouveaux amis	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Vous tenez des propos inappropriés	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Plaintes des voisins	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
G.	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1.	Conduite automobile agressive	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Faire autre chose tout en conduisant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Rages au volant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Détruire ou endommager des biens	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Poser des gestes illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Ennuis avec la police	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Cigarette	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Marijuana	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Consommation d'alcool	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Consommation de drogues illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12.	Comportement sexuel inapproprié	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
13.	Être agressif(ve) physiquement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
14.	Être agressif(ve) verbalement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

Cotation:

1. Le nombre total d'items identifiés 2 ou 3
OU
2. Points totaux
OU
3. Points moyens

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

A. Famille	<input type="text"/>
B. Travail	<input type="text"/>
C. École	<input type="text"/>
D. Aptitudes à la vie quotidienne	<input type="text"/>
E. Concept de soi	<input type="text"/>
F. Fonctionnement social	<input type="text"/>
G. Comportements à risque	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – SELF REPORT (WFIRS-S) (version française – non validée)

Nom: _____ Date: DD MM AA

Date de naissance: DD MM AA Sexe: Masculin Féminin

Travail: Temps plein Temps partiel Autre: _____

Études: Temps plein Temps partiel

Directives: Encercler le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets de vos troubles émotionnels ou de comportement sur chaque item pendant le dernier mois.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
A.	FAMILLE					
1.	Nuisent aux relations avec les membres de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Causent des problèmes dans votre couple	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Causent des querelles familiales	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Causent des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
B.	TRAVAIL					
1.	Difficulté à effectuer ce qui est demandé	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Rendement de travail affecté	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Problèmes avec votre supérieur(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à maintenir un emploi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Congédiement ou perte d'emploi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à travailler en groupe	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Manque du travail, absentéisme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Faibles évaluations de rendement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
C.	ÉCOLE					
1.	Difficulté à prendre des notes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Problèmes avec votre enseignant(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Problèmes avec le personnel administratif	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Résultats scolaires instables	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
D.	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1.	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéo	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Problèmes d'hygiène personnelle	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à se préparer au coucher	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Problèmes de nutrition	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Problèmes sexuels	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Troubles du sommeil	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Accident ou blessure	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Inactivité physique	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Difficulté avec les tâches ménagères	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12.	Difficulté à gérer vos finances	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
E.	CONCEPT DE SOI					
1.	Mauvaise perception de vous-mêmes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Frustré(e) face à vous-même	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Sentiment de découragement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Insatisfait(e) de votre vie	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Impression d'être incompetent(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
F.	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1.	Vous argumentez avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Difficulté de coopérer avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à vous entendre avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Difficulté à avoir des activités de loisirs	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à vous faire de nouveaux amis	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Vous tenez des propos inappropriés	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Plaintes des voisins	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
G.	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1.	Conduite automobile agressive	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Faire autre chose tout en conduisant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Rages au volant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Détruire ou endommager des biens	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Poser des gestes illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Ennuis avec la police	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Cigarette	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Marijuana	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Consommation d'alcool	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Consommation de drogues illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12.	Comportement sexuel inapproprié	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
13.	Être agressif(ve) physiquement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
14.	Être agressif(ve) verbalement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

Cotation:

1. Le nombre total d'items identifiés 2 ou 3
OU
2. Points totaux
OU
3. Points moyens

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

A. Famille	<input type="text"/>
B. Travail	<input type="text"/>
C. École	<input type="text"/>
D. Aptitudes à la vie quotidienne	<input type="text"/>
E. Concept de soi	<input type="text"/>
F. Fonctionnement social	<input type="text"/>
G. Comportements à risque	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Évaluation rétrospective des symptômes dans l'enfance Symptômes actuels
Médication actuelle: _____

L'INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DU TDAH

<i>Symptômes: Indiquer la case appropriée</i>	Non (0)	à l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	Diagnostics
ATTENTION 314.00 (≥6/9)	SÉVÉRITÉ				TOTAL
Commet des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					_/9
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours					≥6/9
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01(≥6/9)					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la misère à attendre son tour					≥6/9
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					_/9
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Argumente avec les adultes					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					≥4/8
Est méchant ou cherche à se venger					_/8
Commentaires					

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Évaluation rétrospective des symptômes dans l'enfance Symptômes actuels
Médication actuelle: _____

L'INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DU TDAH

<i>Symptômes: Indiquer la case appropriée</i>	Non (0)	à l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	Diagnostics
ATTENTION 314.00 (≥6/9)	SÉVÉRITÉ				TOTAL
Commet des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					_/9
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours					≥6/9
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01(≥6/9)					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la misère à attendre son tour					≥6/9
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					_/9
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Argumente avec les adultes					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					≥4/8
Est méchant ou cherche à se venger					_/8
Commentaires					

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Évaluation rétrospective des symptômes dans l'enfance Symptômes actuels
Médication actuelle: _____

L'INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DU TDAH

<i>Symptômes: Indiquer la case appropriée</i>	Non (0)	à l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	Diagnostics
ATTENTION 314.00 (≥6/9)	SÉVÉRITÉ				TOTAL
Commet des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					_/9
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours					≥6/9
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01(≥6/9)					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la misère à attendre son tour					≥6/9
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					_/9
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Argumente avec les adultes					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					≥4/8
Est méchant ou cherche à se venger					_/8
Commentaires					

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Évaluation rétrospective des symptômes dans l'enfance Symptômes actuels
Médication actuelle: _____

L'INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DU TDAH

<i>Symptômes: Indiquer la case appropriée</i>	Non (0)	à l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	Diagnostics
ATTENTION 314.00 (≥6/9)	SÉVÉRITÉ				TOTAL
Commets des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					_/9
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours					≥6/9
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01(≥6/9)					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la misère à attendre son tour					≥6/9
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					_/9
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Argumente avec les adultes					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					≥4/8
Est méchant ou cherche à se venger					_/8
Commentaires					

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

ADULT ADHD SELF-REPORT SCALE (ASRS-V1.1) SYMPTOM CHECKLIST (version française - non validée)

<i>Veillez répondre aux questions ci-dessous en évaluant vous-même chaque item, en utilisant l'échelle au côté droit de la page. Pour répondre à chaque question, inscrivez un X dans la colonne qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et la manière dont vous vous êtes conduit et à quelle fréquence au cours des 6 derniers mois. Remettez l'échelle d'auto-évaluation dûment remplie à votre professionnel de la santé pour en discuter avec lui lors du rendez-vous.</i>	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Partie A					
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
2. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
3. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
4. Lorsque vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
5. À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					
Partie B					
7. À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des fautes d'étourderie lorsque vous travaillez à un projet ennuyeux ou difficile?					
8. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?					
9. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer sur les propos de votre interlocuteur, même s'il s'adresse directement à vous?					
10. À la maison ou au travail, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'égarer des choses ou d'avoir des difficultés à les retrouver?					
11. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être distrait par l'activité ou le bruit autour de vous?					
12. À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis?					
13. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille?					
14. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous détendre et à vous reposer dans vos temps libres?					
15. À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de façon excessive à l'occasion de rencontres sociales?					
16. Pendant une conversation, à quelle fréquence vous arrive-t-il de terminer les phrases de vos interlocuteurs avant que ces derniers aient le temps de les finir?					
17. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à attendre votre tour lorsque vous devriez le faire?					
18. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'interrompre les gens lorsqu'ils sont occupés?					

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

ADULT ADHD SELF-REPORT SCALE (ASRS-V1.1) SYMPTOM CHECKLIST (version française - non validée)

<i>Veillez répondre aux questions ci-dessous en évaluant vous-même chaque item, en utilisant l'échelle au côté droit de la page. Pour répondre à chaque question, inscrivez un X dans la colonne qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et la manière dont vous vous êtes conduit et à quelle fréquence au cours des 6 derniers mois. Remettez l'échelle d'auto-évaluation dûment remplie à votre professionnel de la santé pour en discuter avec lui lors du rendez-vous.</i>	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Partie A					
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
2. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
3. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
4. Lorsque vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
5. À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					
Partie B					
7. À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des fautes d'étourderie lorsque vous travaillez à un projet ennuyeux ou difficile?					
8. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?					
9. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer sur les propos de votre interlocuteur, même s'il s'adresse directement à vous?					
10. À la maison ou au travail, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'égarer des choses ou d'avoir des difficultés à les retrouver?					
11. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être distrait par l'activité ou le bruit autour de vous?					
12. À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis?					
13. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille?					
14. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous détendre et à vous reposer dans vos temps libres?					
15. À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de façon excessive à l'occasion de rencontres sociales?					
16. Pendant une conversation, à quelle fréquence vous arrive-t-il de terminer les phrases de vos interlocuteurs avant que ces derniers aient le temps de les finir?					
17. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à attendre votre tour lorsque vous devriez le faire?					
18. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'interrompre les gens lorsqu'ils sont occupés?					

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE

Veillez compléter et apporter lors de votre prochain rendez-vous

Nom du patient: _____ **Date à laquelle le formulaire a été complété:** _____

Personne complétant ce formulaire (si pas le patient): _____ mère père autre

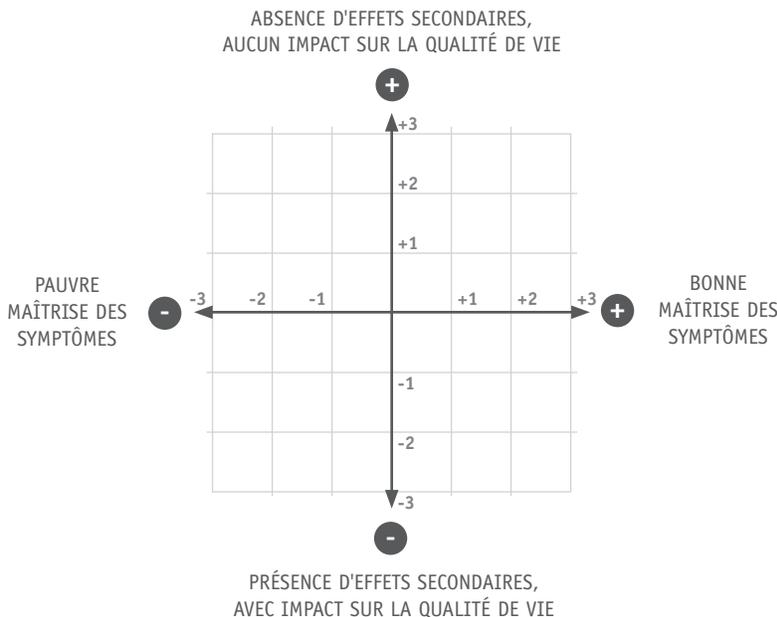
Sous médication depuis (période décidée avec votre médecin): _____
(date)

Liste des médicaments actuels:

- Médication non encore commencée
- Prend sa médication telle que prescrite
- Oublie/saute des doses à l'occasion
- Prend sa médication de façon irrégulière
- A arrêté sa médication

Directives pour utiliser le schéma ci-dessous:

- Mettre un point sur la ligne noire horizontale indiquant le niveau de maîtrise des symptômes actuels entre -3 et +3.
- Mettre un point sur la ligne noire verticale indiquant le niveau actuel de l'impact sur la qualité de vie des effets secondaires entre -3(impact important) et +3 (pas d'impact).
- Dessiner un X où les points faits sur chaque ligne se réuniront pour montrer l'état actuel du patient.



Commentaire:

Quels changements sont survenus depuis le début de la médication?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas: aucune médication de prise | <input type="checkbox"/> Aucun changement |
| <input type="checkbox"/> Nette amélioration | <input type="checkbox"/> Faible détérioration |
| <input type="checkbox"/> Amélioration | <input type="checkbox"/> Détérioration |
| <input type="checkbox"/> Faible amélioration | <input type="checkbox"/> Nette détérioration |

Veillez indiquer ci-dessous 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	
Mal de tête					
Peau sèche					
Yeux secs					
Sécheresse buccale					
Soif					
Maux de gorge					
Vertiges					
Nausée					
Maux d'estomac					
Vomissements					
Transpiration					
Perte d'appétit					
Perte de poids					
Gain de poids					
Diarrhée					
Urine fréquemment					
Tics					
Difficultés à dormir					
Changements d'humeur					
Irritabilité					
Agitation/excitation					
Tristesse					
Palpitations cardiaques					
Pression artérielle élevée					
Dysfonction sexuelle					
Se sent pire ou différemment lorsque la médication s'estompe (rebound)					
Autre:					

Points à discuter lors de votre prochain rendez-vous:
