



Nom du patient:	
Date de naissance:	No de dossier:
Nom du médecin:	Date:

## FORMULAIRE CADDRA D'ÉVALUATION DU TDAH

### Identification

<b>Patient:</b>		<b>D.N.:</b>	<b>Date de l'examen:</b>
<b>Âge:</b>	<b>Sexe:</b> <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<b>Niveau scolaire</b> (actuel/dernier complété):	
<b>Occupation actuelle:</b> <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Invalidité		Profession:	
<b>État civil:</b> <input type="checkbox"/> enfant/adolescent OU <input type="checkbox"/> adulte célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> conjoint de fait <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé			
<b>Origine ethnique:</b> <input type="checkbox"/> Européenne <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Africaine <input type="checkbox"/> Autochtone (cocher tout ce qui s'applique)			
<b>Autre personne contact:</b>		<b>Téléphone du patient:</b>	

### Information démographique - famille

	<b>Père biologique</b> (si connu)	<b>Mère biologique</b> (si connue)	<b>Époux(se)/Conjoint(e)</b> (si applicable)
<b>Nom</b>			
<b>Profession</b>			
<b>Dernier niveau scolaire complété:</b>			
<b>Fratric biologique et par alliance:</b>			
	<b>Beau-père</b> (si applicable)	<b>Belle-mère</b> (si applicable)	<b>Autre tuteur</b> (si applicable)
<b>Nom</b>			
<b>Profession</b>			
<b>Dernier niveau scolaire complété:</b>			
<b>Nombre de demi-frères et/ou demi-soeurs:</b>			
<b>Garde</b> (indiquer le parent ayant la garde)	<b>Temps avec père biologique</b>	<b>Temps avec mère biologique</b>	<b>Temps avec famille recomposée</b>
<b>Langue parlée:</b>	À la maison: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre		À l'école :
<b>Enfants</b> (si applicable)	<b>Nombre d'enfants biologiques:</b>		<b>Nombre d'enfants du conjoint(e):</b>
<b>Nom et âge:</b>			



Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

## Antécédents médicaux

<b>Allergies:</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:
<b>Antécédents cardiovasculaires:</b> <input type="checkbox"/> hypertension <input type="checkbox"/> tachycardie <input type="checkbox"/> arythmie <input type="checkbox"/> dyspnée <input type="checkbox"/> douleurs à la poitrine après effort <input type="checkbox"/> évanouissements <input type="checkbox"/> autre:
<b>Risques cardiovasculaires spécifiques identifiés:</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:
<b>Résultats de laboratoire ou ECG positifs:</b>

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

## Historique des médicaments

<b>Assurance médicaments complète:</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:			
<input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée		<b>Traitements psychologiques couverts:</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:	
<b>Adhésion au traitement/attitude à l'égard des médicaments:</b>			
Difficulté à avaler les pilules: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		(Si applicable: contraception) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:	
<b>Médicaments actuels:</b>	<b>Dosage</b>	<b>Durée du traitement</b>	<b>Résultats et effets secondaires</b>
<b>Médicaments antérieurs</b>	<b>Dosage</b>	<b>Durée du traitement</b>	<b>Résultats et effets secondaires</b>

## Antécédents psychiatriques:

Évalué alors que enfant/adolescent/adulte? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui par:	
Diagnostics antérieurs:	
Tentatives de suicide ou gestes de violence envers les autres: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Détails:
Traitements psychologiques: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Évaluation/hospitalisation psychiatrique antérieure: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

## Historique du développement

Problèmes durant la grossesse: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Détails:
Accouchement: <input type="checkbox"/> à la date prévue <input type="checkbox"/> prématuré (# de sem.: _____) <input type="checkbox"/> en retard (# de sem.: _____) <input type="checkbox"/> forceps utilisés <input type="checkbox"/> césarienne <input type="checkbox"/> siège	
Difficultés de motricité globale: ramper, marcher, deux roues, gym, sports: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Difficultés de motricité fine: tracer, attacher lacets, dessiner, écrire: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Difficultés de langage: premier langage, premiers mots, phrases complètes, bégaiement: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Comportements étranges notés (par exemple se balancer sur place, claquer des mains, aucun contact visuel, jeu étrange, se frappe la tête): <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> dyslexie <input type="checkbox"/> dysorthographe <input type="checkbox"/> dyscalculie <input type="checkbox"/> dysphasie <input type="checkbox"/> 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:		
<b>Antécédents familiaux positifs:</b>			
<input type="checkbox"/> TDAH (probable)	<input type="checkbox"/> TDAH (confirmé)	<input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Retard mental
<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: # heures de sommeil:	Temps nécessaire pour s'endormir: Mélatonine: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dose:	Heure de réveil:
Troubles du sommeil?	Résistance au coucher: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Somnolence diurne excessive: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Réveil: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Régularité: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Ronflement: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

## Facteurs importants de risque identifiés

Facteur de risque identifié	Non	Oui	Détails et attitude face au changement
Temps excessif devant l'ordinateur, télé, jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blessures ou accidents répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sports extrêmes (par exemple moto, planche à neige, planche à roulettes, course)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boissons énergisantes, caféine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nicotine (par exemple cigarettes, cigares, tabac à chiquer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alcool (par exemple consommation excessive d'alcool, perte de mémoire, conduite en état d'ébriété, convulsions, plaintes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogues utilisation/abus (par exemple cannabis, acide, champignons magiques, cocaïne, stimulants, héroïne, abus de médicaments sur ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impulsivité financière (par exemple jeu, achats compulsifs, mauvaise décision immobilière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes financiers (par exemple faillite, dettes significatives, pauvre gestion financière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes de conduite automobile (par exemple excès de vitesse, permis suspendu ou révoqué, contraventions, accidents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficultés relationnelles (par exemple difficulté à maintenir une relation, infidélité, relations sexuelles non protégées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes de parentalité (par exemple débordé, pas de cohérence, DPJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Actions disciplinaires ou légales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

<b>Fonctionnement à l'école</b> (si ne fréquente pas l'école, indiquer les antécédents scolaires)		
<b>Nom de l'école</b>	<input type="checkbox"/> Français langue seconde <input type="checkbox"/> Plan d'enseignement individualisé <input type="checkbox"/> Classe spécialisée <input type="checkbox"/> Désignation spécialisée    Détails:	
	<b>Maternelle – 6e année</b>	<b>Sec 1 à 5</b>
<b>Bulletins scolaires</b>		
<b>Commentaires sur bulletin</b>		
<b>Problèmes de comportement</b>		
<b>Relations avec les pairs</b>		
<b>Relations enseignant-enfant</b>		
<b>Relations enseignant-parents</b>		
<b>Attitudes face aux devoirs</b>		
<b>Sens de l'organisation</b>		
<b>Réalise son potentiel/difficultés</b>		
<b>Expression écrite</b>		
<b>Accommodements</b>		
<b>Tutorat et/ou aide pour apprentissage</b>		
<b>Aides technologiques</b>		
	<b>CEGEP/Université</b>	
<b>Accommodements</b>		
<b>Réalise son potentiel/difficultés</b>		

<b>Fonctionnement au travail</b> (selon l'âge du sujet, certains points peuvent ne pas s'appliquer). <b>Donner fréquence et/ou détails:</b>	
<b>Statut d'emploi actuel:</b>	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Tpartiel <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Contrat <input type="checkbox"/> Invalidité
<b>Évaluation sur le plan professionnel:</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Si oui, genre d'emplois:
<b># d'emplois antérieurs:</b>	<b>Durée la plus longue d'un emploi:</b>
<b>Forces au travail:</b>	
<b>Faiblesses au travail:</b>	
<b>Plaintes:</b>	
<b>Accommodements au travail:</b>	
<b>Autre information sur le travail:</b>	