



Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ No de dossier: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE CADDRA D'ÉVALUATION DU TDAH

### Identification

Patient: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_\_ Date de l'examen: \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_ Sexe: H \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Niveau scolaire (actuel/dernier complété): \_\_\_\_\_

Occupation actuelle: Étudiant \_\_\_\_\_ Sans emploi \_\_\_\_\_ Invalidité \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_

État civil: enfant/adolescent OU Adulte adulte célibataire \_\_\_\_\_ marié \_\_\_\_\_ conjoint de fait \_\_\_\_\_ séparé \_\_\_\_\_ divorcé \_\_\_\_\_

Origine ethnique: (Optional): \_\_\_\_\_

Autre personne contact: \_\_\_\_\_ Téléphone du patient: \_\_\_\_\_

### Information démographique

	Père biologique (si connu)	Mère biologique (si connue)	Époux(se)/Conjoint(e)(si applicable)
Nom			
Profession			
Dernier niveau scolaire complété:			

Adopté(e): Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Âge lors de l'adoption: \_\_\_\_\_ Pays d'origine: \_\_\_\_\_

Fratric biologique et par alliance: \_\_\_\_\_

	Beau-père (si applicable)	Belle-mère (si applicable)	Autre tuteur (si applicable)
Nom			
Profession			
Dernier niveau scolaire complété:			

Nombre de demi-frères et/ou demi-soeurs: \_\_\_\_\_ Garde (indiquer le parent ayant la garde): \_\_\_\_\_

Temps avec père biologique: \_\_\_\_\_ Temps avec mère biologique: \_\_\_\_\_ Temps avec famille recompose: \_\_\_\_\_

Langue parlée: À la maison:: Français \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_ À l'école:: \_\_\_\_\_

Enfants (si applicable) Nombre d'enfants biologiques: \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants du conjoint(e): \_\_\_\_\_

Nom et âge:	

## Motif de la référence

Référé par: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_

Initié par:  Patient  Parent  Conjoint  Employeur  École  Médecin de famille  Autre: \_\_\_\_\_

**Problème principal:**  
(cochez tout ce qui s'applique)

Impulsivité

Inattention

Hyperactivité

Désorganisation

Humeur/Anxiété

Procrastination

Estime de soi

Consommation de substances

Problèmes scolaires

Agressivité

Autre

Détails:

Réaction face  
à la référence:

### Historique des symptômes du TDAH:

(apparition, progression, facteurs aggravants, facteurs de protection, stratégies d'adaptation, résultats)



Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ No de dossier: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux**

**Allergies:** Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Détails: \_\_\_\_\_

**Antécédents cardiovasculaires:**

- hypertension
- tachycardie
- arythmie autre:
- dyspnée
- évanouissements
- douleurs à la poitrine après effort
- Autre

**Risques cardiovasculaires spécifiques identifiés:** Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Détails: \_\_\_\_\_

**Résultats de laboratoire ou ECG positifs:** \_\_\_\_\_

**Histoire médicale positive:**

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

Autre/Détails:

**Historique des médicaments**

**Assurance médicaments complète:** Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Détails: \_\_\_\_\_

Publique \_\_\_\_ Privée \_\_\_\_ **Traitements psychologiques couverts:** Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Détails: \_\_\_\_\_

**Adhésion au traitement/attitude à l'égard des médicaments:**

Difficulté à avaler les pilules: Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_  
 (Si applicable: contraception) Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ (Détails): \_\_\_\_\_

Médicaments actuels:	Dosage	Durée du traitement	Résultats et effets secondaires

Médicaments antérieurs	Dosage	Durée du traitement	Résultats et effets secondaires

## Antécédents psychiatriques:

Évalué alors que enfant/adolescent/adulte? No \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Diagnosics antérieurs:

Tentatives de suicide ou gestes de violence envers les autres: Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Détails:

Traitements psychologiques: Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Évaluation/hospitalisation psychiatrique antérieure: Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

## Historique du développement

Problèmes durant la grossesse: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_

Détails::

\_\_\_\_\_ à la date prévue \_\_\_\_\_ prématuré (# de sem.: \_\_\_\_\_)

Accouchement: \_\_\_\_\_ en retard (# de sem.: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ forceps utilisés

\_\_\_\_\_ césarienne \_\_\_\_\_ siège

Difficultés de motricité globale: ramper, marcher, deux roues, gym, sports: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_

Difficultés de motricité fine: tracer, attacher lacets, dessiner, écrire: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_

Difficultés de langage: premier langage, premiers mots, phrases complètes, bégaiement: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_

Comportements étranges notés (par exemple se balancer sur place, claquer des mains, aucun contact visuel, jeu étrange, se frappe la tête): Non \_\_\_\_\_ 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:**  Non  Oui  dyslexie  dysorthographe  dyscalculie  dysphasie  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: \_\_\_\_\_

### Antecedents familiaux positifs:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH (probable)                          | <input type="checkbox"/> TDAH (confirmé)      | <input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle  |
| <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: \_\_\_\_\_ Temps nécessaire pour s'endormir: \_\_\_\_\_ Heure de réveil: \_\_\_\_\_  
 # heures de sommeil: \_\_\_\_\_ Mélatonine: Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

**Troubles du sommeil?**

Résistance au coucher:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	Régularité:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Somnolence diurne excessive:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	Ronflement:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Réveil:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui					

Facteur de risque	Non	Oui	Détails et attitude face au changement
Temps d'écran excessif			
Tendance aux accidents			
Sports extrêmes			
Caféine			
Tabagisme			
Alcool			
Drogues			
Finances			
Conduite automobile			
Relations interpersonnelles			
Rôle parental			
Conflits familiaux			
Aspect légaux			
Discipline			
Témoin de violence			
Trauma			
Abus physique			
Abus émotionnel			
Abus sexuel			
Placement en famille d'accueil			
Pertes significatives			
Maladie			

<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, certains 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, événements sociaux)	
<b>Habilités 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>	

**Fonctionnement à l'école** (si ne fréquente pas l'école, indiquer les antécédents scolaires):

Nom de l'école: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Français langue seconde    \_\_\_\_\_ Plan d'enseignement individualisé    \_\_\_\_\_ Classe

\_\_\_\_\_ Spécialisée Désignation spécialisée    Détails: \_\_\_\_\_

	Maternelle – 8e année	École secondaire
Bulletins scolaires		
Commentaires sur bulletin		
Problèmes de comportement		
Relations avec les pairs		
Relations enseignant-enfant		
Relations enseignant-parents		
Attitudes face aux devoirs		
Sens de l'organisation		
Réalise son potentiel/difficultés		
Expression écrite		
Accommodements		
Tutorat et/ou aide pour apprentissage		
Aides technologiques		
<b>CEGEP/Université</b>		
Accommodements:		
Réalise son potentiel/difficultés:		

**Fonctionnement au travail** (selon l'âge du sujet, certains points peuvent ne pas s'appliquer). **Donner fréquence et/ou détails:**

Statut d'emploi actuel:            TP            Tpartiel            Sans emploi            Travailleur autonome            Contrat            Invalidité

Évaluation sur le plan professionnel:    \_\_\_\_\_ Non    \_\_\_\_\_ Oui -Si oui, genre d'emplois: \_\_\_\_\_

# d'emplois antérieurs: \_\_\_\_\_    Durée la plus longue d'un emploi: \_\_\_\_\_

Forces au travail:

Faiblesses au travail:

Plaintes:

Accommodements au travail:

Autre information sur le travail: