

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

FORMULAIRE CADDRA D'ÉVALUATION DU TDAH

Identification

Patient:		D.N.:	Date de l'examen:
Âge:	Sexe: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Niveau scolaire (actuel/dernier complété):	
Occupation actuelle: <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Invalidité		Profession:	
État civil: <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			
Origine ethnique: <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)			
Autre personne contact:		Téléphone du patient:	

Information démographique - famille

	Père biologique (si connu)	Mère biologique (si connue)	Époux(se)/Conjoint(e) (si applicable)
Nom			
Profession			
Dernier niveau scolaire complété:			
Fratrie 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 recomposée
Langue parlée:	À la maison: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre		À l'école :
Enfants (si applicable)	Nombre d'enfants biologiques:	Nombre d'enfants du conjoint(e):	
Nom et âge:			

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Antécédents médicaux

Allergies: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:			
Antécédents cardiovasculaires: <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:			
Risques cardiovasculaires spécifiques identifiés: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:			
Résultats de laboratoire ou ECG positifs:			
Histoire médicale positive:	<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	
Autre/Détails:			

Historique des médicaments

Assurance médicaments complète: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:			
<input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée		Traitements psychologiques couverts: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:	
Adhésion au traitement/attitude à l'égard des médicaments: 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:			
Médicaments actuels:	Dosage	Durée du traitement	Résultats et effets secondaires
Médicaments antérieurs	Dosage	Durée du traitement	Résultats et effets secondaires

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Examen physique

Les diverses lignes directrices du monde entier reconnaissent la nécessité d'un examen physique dans le cadre d'une évaluation pour le TDAH afin d'éliminer les causes organiques du TDAH, d'exclure les séquelles somatiques du TDAH et d'écarter les contre-indications aux médicaments. Bien que cet examen physique suive toutes les procédures habituelles, plusieurs évaluations spécifiques sont nécessaires. Il s'agit notamment de, mais sans s'y limiter:

Exclure les causes médicales mimant un TDAH:

1. Évaluation auditive et visuelle
2. Trouble de la thyroïde
3. Neurofibromatose (taches café au lait)
4. Toute cause possible d'anoxie (asthme, CV, trouble cardiovasculaire)
5. Syndromes génétiques et dysmorphies faciales
6. Syndrome d'alcoolisme fœtal: retard de croissance, petite circonférence de la tête, ouverture plus petite des yeux, pommettes aplaties et philtrum indistinct (espace sous-développé entre le nez et la lèvre supérieure)
7. Abus physique: fractures non guéries, marques de brûlure, blessures inexpliquées
8. Troubles du sommeil: hypertrophie des adénoïdes ou des amygdales, difficulté à respirer, apnée du sommeil
9. Retard de croissance ou retard staturo-pondéral
10. PCU, maladie du coeur, épilepsie et diabète instable peuvent tous être associés à des problèmes d'attention
11. Traumatisme crânien

L'histoire médicale et les examens de laboratoire fournissent de l'information sur la consommation par la mère pendant la grossesse, l'apnée du sommeil, le retard de croissance, l'empoisonnement au plomb, un traumatisme crânien.

Exclure les séquelles du TDAH:

1. Abus
2. Haut seuil de douleur
3. Sommeil irrégulier, retard de la phase du sommeil, court cycle du sommeil
4. Trouble comorbide de la coordination du développement, preuve de difficultés de motricité en faisant des tâches de routine telles que se rendre à la table d'examen
5. Mange difficilement: ne s'assoie pas pour manger
6. Preuve de blessures causées par une mauvaise coordination ou pratique de sports extrêmes

Exclure les contre-indications aux médicaments:

1. Glaucome
2. Hypertension non contrôlée
3. Toute anomalie cardiovasculaire significative

Date du dernier examen physique:	Par qui:
Résultats d'anomalie au dernier examen:	

Examen physique actuel

Système	Fait		Normal		Résultats (Détails de l'anomalie)
	Non	Oui	Non	Oui	
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GI et GU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculo-squelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunologique et Hématologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocrinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dysmorphie faciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Poids: Chez les enfants: percentile	Taille: Chez les enfants: percentile	Circonférence tête: (Seulement pour enfants)	TA:	Pouls:
--	---	---	-----	--------

Résultats pertinents à l'examen: (Détails)
--

Antécédents psychiatriques:

Évalué alors que enfant/adolescent/adulte? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui par:	
Diagnostiques 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:

Antécédents familiaux positifs:			
<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"/>	

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

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

Fonctionnement à l'école (si ne fréquente pas l'école, indiquer les antécédents scolaires)		
Nom de l'école	<input type="checkbox"/> Français langue seconde <input type="checkbox"/> Plan d'enseignement individualisé <input type="checkbox"/> Classe spécialisée <input type="checkbox"/> Désignation spécialisée Détails:	
	Maternelle – 6e année	Sec 1 à 5
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		
	CEGEP/Université	
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:	<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
Évaluation sur le plan professionnel:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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:	

Échelles d'évaluation (Administer une ou les échelles d'évaluation pertinentes pour le proche, l'enseignant ou le patient)

ÉTAPE 1: Indiquer le formulaire utilisé

Symptômes du TDAH dans l'enfance:	<input type="checkbox"/> Inventaire des symptômes du TDAH	<input type="checkbox"/> SNAP-IV	<input type="checkbox"/> Autre
Symptômes actuels du TDAH:	<input type="checkbox"/> Inventaire des symptômes du TDAH <input type="checkbox"/> SNAP-IV (pour enfant)	<input type="checkbox"/> Weiss Symptom Record (WSR) <input type="checkbox"/> ASRS (pour adulte)	<input type="checkbox"/> Autre

L'inventaire des symptômes du TDAH peut être utilisé pour évaluer a posteriori les symptômes du TDAH dans l'enfance (chez les adultes), pour les symptômes actuels et pour le suivi (pour tous les âges)

ÉTAPE 2: Indiquer le résultat obtenu

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES (entrer le nombre de points positifs pour chaque catégorie, encercler la case si le seuil a été atteint ou si un TOP ou TC est une préoccupation)							
Dépistage a posteriori sx enfance	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
ACTUELS							
Parent	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
Patient	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
Enseignant	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
Collatéral	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
Dx autre trouble comorbide*							

* Le trouble des conduites et les autres troubles comorbides ne s'appliquent qu'au WSR.

POUR LES ADULTES: Le Adult ADHD Self Report Rating Scale (ASRS) (version française – non validée) peut être utilisé pour les symptômes actuels du TDAH, partie A étant la section pour le dépistage.

ADULT ADHD SELF REPORT RATING SCALE (ASRS) (version française – non validée) (entrer le nombre de points positifs pour la partie A et la partie B, encercler la case si le seuil a été atteint)		
Partie A (Seuil > 4)	/6	Partie B /12

ÉTAPE 3: Administrer le Weiss Functional Inventory Rating Scale (WFIRS) (version française – non validée)

WEISS FUNCTIONAL INVENTORY RATING SCALE (WFIRS) (version française – non validée) (noter le nombre de points évalués 2 ou 3, encercler lorsque vous percevez un problème)							
Parent	Famille /10	École (apprentissage) /4 (comportement) /6	Quotidien /10	Concept de soi /3	Social /7	Risque /10	
Soi-même	Famille /8	Travail /11	École /10	Quotidien /12	Concept de soi /5	Social /9	Risque /14

AUTRES ÉCHELLES

Évaluation psychométrique – Faite? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Demandée						Date(s) des tests:	
Résultats des tests d'intelligence:		<input type="checkbox"/> sous la moyenne	<input type="checkbox"/> limite	<input type="checkbox"/> moyenne inférieure	<input type="checkbox"/> moyenne supérieure		
<input type="checkbox"/> moyenne		<input type="checkbox"/> moyenne supérieure	<input type="checkbox"/> supérieur à la moyenne	<input type="checkbox"/> supérieur			
WISC or WAIS (%ile ou résultat)	Compréhension verbale	Raisonnement perceptif	Mémoire de travail	Vitesse de traitement	Anciens tests QI utilisaient %ile/QI QI global QI verbal QI performance		
Tests de rendement Résultat: -2 (>2 ans plus bas) -1 (1-2 ans plus bas) 0 (niveau de base) +1 (1-2 ans plus haut) +2 (>2 ans plus haut)							
Niveau académique		Lecture	Orthographe	Maths	Écriture		

ÉTAT MENTAL LORS DE L'EXAMEN (observations cliniques lors de la rencontre)

Sommaire des Résultats

(Cette section permet au médecin de faire le point sur la collecte globale de l'information pour l'élaboration du diagnostic, la rétroaction et le plan de traitement)

Item de pertinence	N/A	N'indique pas un TDAH	Indique peut-être un TDAH	Indique fortement un TDAH	Commentaires
Symptômes du TDAH dans l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes actuels du TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Information collatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observations cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents familiaux (parenté de premier degré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Révision des bulletins scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluations psychiatriques antérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluations psychométriques/psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N/A	suggère qu'une explication alternative explique mieux le tableau	TDAH est toujours possible, mais d'autres facteurs sont pertinents	TDAH demeure la meilleure explication	Commentaires
Exposition in utero à des substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complications postnatales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tempérament lorsque jeune enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Principales étapes du développement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stresseurs psychosociaux avant l'âge de 12 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accidents et blessures (particulièrement à la tête)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traumatisme majeur avant l'âge de 12 ans (par exemple abus physique, sexuel, négligence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres troubles médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Diagnostic

Note: Ce tableau aide le médecin à comprendre comment le DSM-IV-TR classe l'information par axes

Axe 1: Diagnostic actuel et troubles d'apprentissage

Axe 2: Retard mental, retard de développement et troubles de la personnalité (traits si sous le seuil d'un trouble actuel)

Axe 3: Troubles médicaux ou troubles médicaux antérieurs qui seraient importants à noter

Axe 4: Sévérité des stressseurs psychosociaux: nommer les stressseurs et indiquer la sévérité (légère, modérée ou sévère)

Axe 5: Évaluation globale du fonctionnement: il s'agit d'un nombre donné (à partir du tableau ci-dessous) qui permet de surveiller le fonctionnement au fil du temps. Il s'agit d'un moyen rapide d'être capable d'enregistrer les progrès cliniques.

Axe V	Points CGAS	Résultat
91-100	Fonctionnement supérieur dans tous les aspects de la vie; actif, aimable, confiant	
90-81	Bon fonctionnement à l'école, à la maison, avec ses pairs, réaction d'intensité légère face aux transitions et aux soucis quotidiens	
80-71	Légère difficulté à l'école, à la maison ou avec ses pairs: aspect transitoire des comportements et réactions émotionnelles	
70-61	Difficulté dans un aspect de la vie, mais fonctionne bien en général (changement d'humeur, acte anti-social sporadique)	
60-51	Fonctionnement variable et difficultés sporadiques dans plusieurs aspects de la vie, apparents aux autres	
50-41	Ingérence modérée dans le fonctionnement ou difficultés sévères à l'école, à la maison ou avec ses pairs	
40-31	Difficulté majeure, incapable de fonctionner dans un aspect (tentative de suicide, agressif, isolé, perturbations sévères de l'humeur, troubles de la pensée)	
30-21	Incapable de fonctionner dans la vie, difficulté sévère de communication et perte de contact avec la réalité	
20-11	Besoin de supervision pour se sentir en sécurité et pour son entretien, grave difficulté de communication	
10-0	Besoin de supervision 24hrs vu agressivité sévère, comportement autodestructeur, atteinte sévère avec pensée désorganisée, perte de contact avec la réalité et difficulté majeure de communication	

Diagnostic selon le DSM:

Axe 1: Diagnostics DSM

Axe II: Trouble de personnalité/Retard de développement

Axe III: Conditions médicales

Axe IV: Stressseurs (légers, modérés, sévères)

Axe V: Fonctionnement

Points importants sur le style de vie:

PLAN DE TRAITEMENT

Nom du patient: _____ No de dossier: _____

	N/A	À faire	Fait	Référé à et commentaires
Psychoéducation				
Éducation du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Éducation des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Info pour l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documents d'information remis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médical				
Examen physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluations de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examens de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interventions pharmacologiques				
Discussion des options pharmacologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement pharmacologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interventions non pharmacologiques				
Évaluation psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion des habiletés sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion de la colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion de la dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thérapie comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thérapie cognitive-comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formation spécifique-habiletés parentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Référence en ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thérapie du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pédagogique & Professionnel				
Évaluation en psychologie ou neuropsychologie ou en orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accommodements à l'école/éducation spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluation sur le plan professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accommodements au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formulaires particuliers à remplir				
Crédits d'impôt de l'Agence canadienne du Revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Signature du médecin: _____ Date: _____

Copie envoyée à: _____ No de télécopieur: _____