

Portfolio FOCUS Enfant et Adolescent

PARTIE A : Collecte d'information en vue d'une consultation professionnelle

À FAIRE REMPLIR PAR LE(LES) PARENT(S)

DÉMARCHE

Ce document a été élaboré par l'équipe Clinique FOCUS en suivant les recommandations d'experts canadiens (caddra.ca) quant à la démarche d'évaluation du TDAH. Il peut aussi être utilisé dans le cadre d'une évaluation pour un retard ou un trouble du langage, un retard ou un trouble d'apprentissage (TA), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou d'autres problématiques du neurodéveloppement.

Veillez noter que le terme enfant utilisé dans ce texte correspond à un jeune de 0 à 17 ans.

Vous pouvez utiliser ce document sans consulter un professionnel de la Clinique FOCUS. Il vous suffit de le remplir et de le faire parvenir directement au professionnel qui vous l'a demandé.

Selon la situation de votre enfant, veuillez aussi vous assurer de faire remplir un des deux documents suivants (disponibles sur cliniquefocus.com, section Portfolio):

- Portfolio FOCUS - Observations de la GARDERIE
- Portfolio FOCUS - Observations de l'ÉCOLE

Si, et SEULEMENT si, un professionnel de la Clinique FOCUS vous a spécifiquement demandé de remplir ce document, vous pouvez lui faire parvenir en un seul envoi le document complété en spécifiant à qui s'adresse celui-ci. Veuillez utiliser l'adresse courriel avec laquelle vous avez été contacté. Vous pouvez aussi lui faire parvenir par télécopieur, par courrier postal ou en personne.

Les professionnels de la Clinique FOCUS ne feront AUCUNE analyse de documents reçus concernant un enfant non inscrit à cette clinique (en liste d'attente ou en suivi actif). Si tel est le cas, les documents reçus seront détruits sans autre avis.

DOCUMENT À RETOURNER À L'ATTENTION DE :

NOM du PROFESSIONNEL : _____

Motif(s) de consultation, attente(s) et priorités des parents et de l'enfant face à la consultation :

(Optionnel) L'enfant est référé par : _____

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

ENFANT POUR LEQUEL LA DÉMARCHE DE CONSULTATION A LIEU

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (jj/mm/année) : ___ / ___ / ___ Âge actuel : _____

Sexe : H F

Langue(s) parlée(s) à la maison : _____

Langue(s) parlée(s) au service de garde ou à l'école : _____

Mère

Prénom : _____ Nom : _____

Niveau scolaire complété : _____ Occupation : _____

Date de naissance (jj/mm/année) : ___ / ___ / ___ Âge actuel : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : domicile (___) ___ - _____ cellulaire : (___) ___ - _____

Père

Prénom : _____ Nom : _____

Niveau scolaire complété : _____ Occupation : _____

Date de naissance (jj/mm/année) : ___ / ___ / ___ Âge actuel : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : domicile (___) ___ - _____ cellulaire : (___) ___ - _____

Personne à contacter pour la démarche :

mère père autre (préciser le lien avec l'enfant) : _____

Coordonnées téléphoniques de jour : (___) ___ - _____ courriel _____



CONTEXTE – MILIEU FAMILIAL

L'enfant... cocher tout ce qui correspond à la situation:

- Famille traditionnelle (vit avec ses deux parents biologiques)
- Parents séparés. Date de la séparation (jj/mm/année) : ___ / ___ / ____
- Modalité de garde
- Vit en garde partagée;
- Fréquence chez la mère : _____ chez le père : _____
- Vit en garde exclusive avec un de ses parents Mère Père
- Famille recomposée côté maternel
- Famille recomposée côté paternel
- Vit en famille d'accueil ou ressource d'hébergement
- Nom de la personne responsable _____
- Téléphone de jour : (___) ___ - _____ courriel _____
- Est adopté *Fournir bilan d'adoption*
- Pays d'origine : _____ Âge à l'adoption : _____
- Détails : _____
- Autre situation _____

FRATRIE

- Est enfant unique
- A un ou des frère (s) et sœur (s) Position dans la fratrie : ___ / ___
- Préciser prénom, nom, sexe et date de naissance des frère (s) et sœur (s)*

COMMENTAIRES



FONCTIONNEMENT À LA MAISON

Comment qualifieriez-vous le fonctionnement de votre enfant à la maison en général ?

- Bien la plupart du temps
- Parfois difficile, parfois bien
- Souvent difficile
- Très difficile

À la maison, décrire le comportement de l'enfant

(exemple : autonome, calme, inattentif, fatigué, agité, maux de tête, opposant) :

Qui l'aide pour ses routines du matin et du soir?

Comment l'enfant réagit-il face à la discipline?

Comment l'enfant réagit-il face aux changements de routine?

STRESSEURS

Cocher ici si l'enfant ou d'autres membres de la famille ont vécu des événements particuliers dans les dernières années tels que :

- Conflits entre les parents / Séparation
- Recomposition familiale
- Situation financière difficile
- Déménagement
- Maladie ou décès d'un proche
- Abus / violence / négligence
- Autre situation de stress importante à mentionner

Détails



CONTEXTE – MILIEU DE GARDE OU ÉCOLE

NE FRÉQUENTE AUCUN SERVICE DE GARDE OU ÉCOLE

A FRÉQUENTÉ ou FRÉQUENTE un SERVICE DE GARDE

Âge d'entrée : _____

Âge de sortie: _____

GARDERIE / CENTRE DE LA PETITE ENFANCE

Nom de la garderie / du centre de la petite enfance : _____

Numéro de téléphone de la garderie : (____) ____ - _____

Nom de l'éducatrice/éducateur : _____

Cette personne est informée de votre démarche de consultation Oui Non

Fréquentation : nombre de jour(s) ____ / semaine

FRÉQUENTE L'ÉCOLE

Nom de l'école: _____

Téléphone: (____) ____ - _____

Niveau académique : _____

Programme régulier

Anglais intensif Sports-étude International Cheminement particulier

Nom de l'enseignant : _____

Cette personne est informée de votre démarche de consultation Oui Non

COMMENTAIRES



FONCTIONNEMENT EN MILIEU DE GARDE OU À L'ÉCOLE

- Rien à signaler
- A reçu ou reçoit des services complémentaires à l'école ou en service de garde
 - Éducation spécialisée Psychoéducation
 - Orthopédagogie Orthophonie Psychologie
 - Autre : _____

Quelle est l'attitude de votre enfant face au service de garde ou à l'école ou les services complémentaires?

Si applicable :

Matières scolaires les plus faciles : _____

Matières scolaires les plus difficiles : _____

Cocher tout ce qui correspond à la situation de l'enfant concernant la vie en milieu de garde ou scolaire

Détails

- Fréquente ou a déjà fréquenté la garderie et/ou la prématernelle. _____
- A ou a déjà eu une feuille de route pour améliorer son comportement. _____
- A ou a déjà eu un plan d'intervention. _____
- A déjà été suspendu. _____
- Vit ou a déjà vécu de l'intimidation. _____
- A ou a déjà été intimidateur. _____
- A de la difficulté à s'entendre avec les autres enfants. _____
- Fait ou a déjà fait des crises nécessitant une intervention particulière. _____
- A de la difficulté à l'école. _____
- A changé d'école depuis son entrée au primaire. _____
- A déjà repris une année scolaire. _____



ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Coher les problématiques connues ou suspectées chez un membre de votre famille ou de la famille de l'autre parent biologique de votre enfant. Indiquer le lien de parenté en précisant côté maternel ou paternel. Par exemple, écrire «M» pour mère de l'enfant, «P» pour père de l'enfant, «S» pour sœur de l'enfant, «F» pour frère de l'enfant, «OM» pour oncle maternel de l'enfant, «GPP» pour grand-père paternel de l'enfant, etc.

Diagnostic suspecté ou connu

- Troubles cardiaques graves (Ex. : infarctus, insuff. cardiaque)
- Mort subite avant 50 ans
- Perte de conscience inexplicée
- Convulsion ou épilepsie
- Handicap intellectuel
- Douance
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou Asperger
- TDAH (inattention et/ou hyperactivité)
- Tourette/ Tics vocaux / Tics moteurs
- Problèmes de comportement
- Comportements d'opposition significatifs
- Problèmes de scolarisation
- Problèmes d'apprentissage
- Retard d'acquisition du langage
- Anxiété/stress/nervosité
- Dépression
- Maladie bipolaire
- Psychose ou schizophrénie
- Geste suicidaire ou décès par suicide
- Trouble de consommation (drogues)
- Trouble de consommation (alcool)
- Problèmes avec la justice
- Autre (s) :

Qui par rapport à l'enfant ?



HISTOIRE MÉDICALE ET PSYCHIATRIQUE DE L'ENFANT

Vaccination à jour : oui non

(Si possible, joindre une copie des pages où il y a des écrits dans le carnet de santé)

Cocher les problématiques ou diagnostics que votre enfant a déjà eus en précisant les détails.

Problématiques

Allergie(s) ou intolérance(s)

- Médicament(s)
- Aliment(s)
- Pollen
- Animaux

Intervention(s) chirurgicale(s)

- Tubes transtympaniques
- Adénoïdes
- Amygdales
- Autre(s)

Traumatismes (physiques)

- Accident(s) avec blessure(s)
- Fracture(s)
- Traumatisme(s) crânien(s) avec perte de conscience
- Commotion(s) cérébrale(s) ou TCCL

Malformation cardiaque

Souffle cardiaque

Palpitations

Perte(s) de conscience ou syncope

Convulsion(s) ou épilepsie

Eczéma

Asthme

Troubles respiratoires répétés ou prise fréquente d'antibiotiques (pneumonie, bronchiolite, toux persistante)

Détails



Problématiques (suite)

- Problème de vision
- Problème d’audition
- Otites à répétition
- Tubes transtympaniques actuellement en place
- Problème de croissance
- Problème(s) d’alimentation
- Problème(s) de sommeil
- Apnée du sommeil
- Retard global de développement
- Difficultés motrices et/ou coordination
- Particularités sensorielles (alimentaire-texture-bruits)
- Retard ou trouble(s) du langage
- Trouble(s) d’apprentissage/dyslexie/dysorthographe
- Handicap intellectuel
- Douance
- Trouble du spectre de l’autisme (TSA) / Asperger
- TDAH
- Tics moteurs ou verbaux
- Trouble d’opposition avec provocation (TOP)
- Problématique(s) d’anxiété
- Problématique(s) de l’humeur (tristesse/colères intenses)
- Geste(s) d’automutilation
- Verbalisation(s) ou geste(s) suicidaire(s)
- Problèmes de consommation de substances
- Fugues / Délits / Dossier judiciaire / DPJ
- Psychose
- Autre(s) problématique(s) :

Détails

HOSPITALISATION (S) -fournir les rapports si disponibles-

Date	Établissement	Raison de l’hospitalisation
------	---------------	-----------------------------

MÉDICATION

PHARMACIE

Nom : _____ Tél : (____) ____ - _____ Fax : (____) ____ - _____

L'enfant... (cocher tout ce qui correspond à la situation):

- N'a jamais pris de médication pour le TDAH, l'anxiété ou l'humeur.
- A **tenté et cessé** une médication pour le TDAH, l'anxiété ou l'humeur.
- Prend actuellement** une médication pour le TDAH, l'anxiété ou l'humeur.
Préciser le nom de la médication en cours, le dosage, depuis quand, l'efficacité et les effets secondaires :

Nom : _____ Dosage : _____ mg Depuis quand : _____

Efficacité: _____

Effets secondaires : _____

Nom : _____ Dosage : _____ mg Depuis quand : _____

Efficacité: _____

Effets secondaires : _____

Parmi les **médicaments** suivants, cocher ceux que l'enfant **a déjà pris ou prend actuellement** :

Psychostimulant à base de méthylphénidate:

Biphentin Concerta Foquest Ritalin Ritalin SR

Autre (dont les génériques): _____

Psychostimulant à base d'amphétamines

AdderallXR Vyvanse Dexedrine -comprimé Dexedrine spansule

Autre (dont les génériques): _____

Non-psychostimulants

Intuniv XR Stratterra Catapres
 Atomoxétine (générique) Clonidine (générique)

Autre(s) médicament(s) Spécifier: _____

Produits(s) naturel(s) ou suppléments Spécifier: _____

Mélatonine Suppléments vitaminiques Suppléments d'acides gras d'origine marine (omega 3 ou 3/6)



SUIVI MÉDICAL ET PROFESSIONNEL

MÉDECIN DE FAMILLE

- Médecin de famille : Dr. _____ Coordonnées : _____
- Aucun médecin de famille, inscription au guichet d'accès à un médecin de famille oui non

Parmi les **SERVICES SPÉCIALISÉS** suivants, *préciser ceux que votre enfant a déjà reçus, fournir le nom du médecin/professionnel, ses coordonnées, l'année et les rapports d'évaluation si disponibles**

- Cardiologie Dr. _____ Endroit : _____ Année : _____
- Pédiatrie Dr. _____ Endroit : _____ Année : _____
- Neurologie Dr. _____ Endroit : _____ Année : _____
- Pédopsychiatrie Dr. _____ Endroit : _____ Année : _____
- Autre Dr. _____ Endroit : _____ Année : _____

	Nom du professionnel	Année	(diagnostic si connu)
<input type="checkbox"/> Audiologie (Tests d'audition)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Optométrie (Examen de la vue)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychologie / neuropsychologie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Orthophonie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ergothérapie / Physiothérapie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nutrition	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Service social	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychoéducation	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Soutien par éducateur spécialisé (TES)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suivi avec enseignant spécialisé	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre	_____	_____	_____

L'enfant... cocher tout ce qui correspond à la situation:

- A ou a eu des services au CLSC au CRDI à l'IRD PQ
- A été évalué en milieu de garde ou scolaire A ou a eu un plan d'intervention
- A ou a fait une psychothérapie Année : _____ psychothérapeute: _____



HISTOIRE DE LA GROSSESSE

La mère a-t-elle déjà fait une ou des fausses couches? : Non Oui Combien? _____

Concernant la grossesse et la période péri-accouchement de l'enfant pour qui la démarche de consultation est en cours :

- Âge des parents au moment de la grossesse: mère : _____ père : _____
- Après combien de semaines de grossesse la mère a-t-elle appris qu'elle était enceinte ? _____
- L'enfant est né après combien de semaines de grossesse ? _____ semaines
 - Naissance à terme
 - Naissance prématurée

À la naissance : (indiquez les informations disponibles)

APGAR : _____ (L'APGAR est constitué de deux chiffres allant de 0 à 10 et se trouve dans le carnet de santé.)

Poids : _____ kg lb Taille: _____ cm Périmètre crânien : _____ cm

Cocher chaque case qui s'applique au sujet de la grossesse et de la naissance de l'enfant et préciser :

Détails

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Aucun problème durant la grossesse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aucun problème dans la période périnatale | _____ |
| <input type="checkbox"/> Médicament(s) durant la grossesse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tabac durant la grossesse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcool durant la grossesse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Drogues durant la grossesse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anomalies à l'échographie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de santé de la mère durant la grossesse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Travail provoqué | _____ |
| <input type="checkbox"/> Césarienne (en urgence ou planifiée) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires à la naissance | _____ |
| <input type="checkbox"/> Circulaire du cordon | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ictère (Jaunisse) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) difficulté(s) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Séjour à l'unité néonatale (durée : _____) | _____ |



HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

Âge d'apparition de

La marche : _____

Les premiers mots : _____

Les premières phrases: _____

La propreté de jour: _____

La propreté de nuit : _____

Quelle main l'enfant utilise-il le plus? Droite Gauche

Comparativement à d'autres du même âge, l'enfant présente-t-il ou a-t-il déjà eu les problématiques suivantes ? Cocher tout ce qui correspond à la situation de l'enfant et préciser.

Détails

- L'enfant avait peu ou pas de contact visuel
- L'enfant n'a pas babillé.
- L'enfant n'a pas pointé.
- L'enfant était un bébé silencieux.
- L'enfant était un bébé difficile à consoler, il pleurait beaucoup.
- Perte du langage (plus de 5 mots), après avoir commencé à parler.

Présence de particularités sensorielles au niveau:

- des aliments;
- de la texture;
- des vêtements;
- des bruits;
- de la lumière;
- de se laisser toucher.

Sélectivité alimentaire (alimentation peu variée, refus de nouveaux aliments, refus de manger un ou plusieurs groupes alimentaires)



Comparativement à d'autres du même âge, l'enfant présente-t-il ou a-t-il déjà eu les problématiques suivantes ? Cocher tout ce qui correspond à la situation de l'enfant et préciser

Difficultés au niveau de :

Détails

- l'**autonomie** (brosser les dents, s'habiller, propreté; pour les plus vieux : supervision requise dépasse celle attendue pour son âge);
- les **habiletés motrices globales** (marcher, sauter, courir, escaliers, sports);
- les **habiletés motrices fines** (boutonner, lacer, dessiner, découper);
- les **habiletés préscolaires** (couleurs, formes, jeux, alphabet, généralisation des acquis);
- l'**audition** (se retourner à l'appel de son prénom, volume de la télévision, volume de sa voix);
- la **compréhension** (se retourner à l'appel de son prénom, consignes orales, questions, histoires);
- la **communication** (imitation, compréhension des signes, saluer, interactions spontanées avec les adultes, avec les pairs);
- la **parole** (articulation, bégaiement, voix);
- l'**expression** (exprimer ses besoins, se faire comprendre par les gens non familiers, exprimer ses idées, utiliser un vocabulaire précis);
- la **lecture** (décodage des mots, comprendre, fluidité);
- l'**écriture** (calligraphie, orthographe, produire un texte);
- le **développement socio-émotionnel** (attachement, anxiété, expression des émotions);
- la **séparation lors des départs**.

- L'enfant a présenté ou présente d'**autres caractéristiques** particulières.



HABITUDES DE VIE

ACTIVITÉS / LOISIRS

Intérêts, jeux préférés: _____

Fait partie d'un groupe social particulier (scouts/cadets/club/équipe et autres): _____

TEMPS D'ÉCRAN (jeux, vidéos, réseaux sociaux et autres)

Raisonnable, sans excès ni impacts fonctionnels

Pourrait être excessif, mais actuellement contrôlé par une supervision parentale

Excessif (ex. : plus de 2h / jour ; avec impacts fonctionnels pour l'enfant ou la vie familiale)

Détails : _____

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Sédentaire Actif Détails : _____

ALIMENTATION

Cocher tout ce qui correspond à la situation de l'enfant

Détails

Aucun problème concernant l'alimentation

Difficultés à passer des purées aux aliments solides

Prend un temps excessif pour manger

Préoccupation excessive par rapport au poids ou à l'alimentation

Perte ou prise de poids significative

Appétit réduit en général, mais croissance normale

Réduction d'appétit en lien avec la prise d'une médication

Ralentissement de la courbe de croissance en lien avec le manque d'apport alimentaire

Difficulté à avaler des comprimés

Prise de suppléments alimentaires en raison d'un problème nutritionnel

Mentionner si présent

à la maison en service de garde à l'école



CONFIRMATION DE L'ACCORD POUR LA CONSULTATION

Au Québec, un adolescent de 14 ans et plus peut consulter sans l'accord de ses parents

Je confirme que (cocher tout ce qui s'applique)

- L'enfant a moins de 14 ans et les deux parents sont d'accord pour qu'il consulte un professionnel.
- L'adolescent a plus de 14 ans et ses deux parents et lui sont d'accord pour la démarche de consultation.
- L'adolescent a plus de 14 ans et consulte sans l'accord de ses parents (dans ce cas, il a lui-même complété ce document).

Personne(s) ayant complété ce document

_____/_____/_____
Prénom _____ Nom _____ Date (jj/mm/année)
 Mère Père Adolescent Autre : _____

_____/_____/_____
Prénom _____ Nom _____ Date (jj/mm/année)
 Mère Père Adolescent Autre : _____

_____/_____/_____
Prénom _____ Nom _____ Date (jj/mm/année)
 Mère Père Adolescent Autre : _____

DOCUMENTS À JOINDRE - selon la situation de l'enfant -

- Portfolio FOCUS - Observations de la GARDERIE (enfant de moins de 5 ans) - *peut être envoyé séparément* -
- Portfolio FOCUS - Observations de l'ÉCOLE (enfant de 5 ans et plus) - *peut être envoyé séparément* -
- Portfolio FOCUS – Enfants et Adolescents – PARENT, Partie B : SNAP IV – 26
- Portfolio FOCUS – Enfants et Adolescents – PARENT, Partie C : Inventaire des symptômes du TDAH
- Carnet de santé (*joindre une copie des pages où il y a des écrits*)
- Rapports des évaluations et/ou suivis décrits dans ce document
- Bilan d'adoption
- Tout autre document que vous jugez pertinent : _____



Portfolio FOCUS Enfant et Adolescent

Partie B : SNAP IV – 26

Questionnaire à faire remplir par les PARENTS

Ce questionnaire est aussi inclus dans les Portfolios FOCUS - Observations de la GARDERIE et Observations de l'ÉCOLE

Afin de permettre une compréhension plus globale de la situation, le professionnel qui évalue l'enfant a besoin de connaître certains éléments selon, en autant que possible, la perception de ses parents et, dans certains cas, les observations d'autres personnes qui le connaissent bien. Lorsqu'il s'agit d'un adolescent, obtenir son point de vue est précieux.

Aucun questionnaire ne permet à lui seul de faire un diagnostic. Ces outils facilitent la cueillette d'informations et orientent ensuite la démarche pour cibler les problématiques et les interventions possibles.

Il est essentiel que le processus d'évaluation soit fait par un professionnel compétent qui connaît bien le TDAH, car plusieurs problématiques peuvent en mimer les symptômes ou y être associées.

Le questionnaire **SNAP IV – 26** est disponible dans la e-trousse de CADDRA (caddra.ca). Il peut être complété par un proche qui connaît bien l'enfant. Cette cueillette d'information comprend une liste de problèmes ou difficultés qui peuvent être associés au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). D'autres questionnaires peuvent aussi être proposés par le professionnel. Un lien direct vers plusieurs outils est disponible sur le site cliniquefocus.com, section portfolios.

Votre participation est très importante. Des questions vous sont posées sur le fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent selon différentes situations. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse, choisissez la première qui vous vient à l'esprit. Chaque item est moins important que le portrait global.

Il est préférable de pouvoir avoir le point de vue des deux parents. Selon le cas, vous pouvez compléter le questionnaire ensemble ou le compléter sur des copies séparées pour le 1^{er} et le 2^e parent, particulièrement si votre enfant habite dans deux milieux, ou si les deux parents ont une vision différente de la problématique.



SNAP-IV 26

James M. Swanson, Ph.D., University of California, Irvine, CA 92715 (version française CADDRA – non validée)

Prénom _____ Nom _____ Sexe: _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Âge: _____ Niveau scolaire: _____ Taille de la classe: _____

Date : ____ / ____ / ____ Complété par : _____ Mère Père Professeur

Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'écouterie dans ses travaux.				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux.				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement.				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires.				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités.				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu.				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres).				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne.				
10. Agite souvent les mains ou les pieds.				
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis.				
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié.				
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs.				
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts.				
15. Parle souvent trop.				
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.				
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour.				
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex: intervient dans les conversations ou dans les jeux).				
19. Se met souvent en colère.				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes.				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes.				
22. Contrarie souvent les autres délibérément.				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite.				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres.				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger).				



Commentaires - Observations

Points positifs / forces:

Défis :



SNAP-IV 26

James M. Swanson, Ph.D., University of California, Irvine, CA 92715 (version française CADDRA – non validée)

Prénom _____ Nom _____ Sexe: _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Âge: _____ Niveau scolaire: _____ Taille de la classe: _____

Date : ____ / ____ / ____ Complété par : _____ Mère Père Professeur

Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux.				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux.				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement.				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires.				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités.				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu.				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres).				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne.				
10. Agite souvent les mains ou les pieds.				
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis.				
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié.				
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs.				
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts.				
15. Parle souvent trop.				
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.				
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour.				
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex: intervient dans les conversations ou dans les jeux).				
19. Se met souvent en colère.				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes.				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes.				
22. Contrarie souvent les autres délibérément.				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite.				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres.				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger).				



Commentaires - Observations

Points positifs / forces:

Défis :



Portfolio FOCUS Enfant et Adolescent

Partie C : Inventaire des symptômes du TDAH

Questionnaire à faire remplir par l'adolescent (si possible).

Afin de permettre une compréhension plus globale de la situation, le professionnel qui évalue l'enfant a besoin de connaître certains éléments selon, en autant que possible, la perception de ses parents et, dans certains cas, les observations d'autres personnes qui le connaissent bien. Lorsqu'il s'agit d'un adolescent, obtenir son point de vue est précieux.

Aucun questionnaire ne permet à lui seul de faire un diagnostic. Ces outils facilitent la cueillette d'informations et orientent ensuite la démarche pour cibler les problématiques et les interventions possibles.

Il est essentiel que le processus d'évaluation soit fait par un professionnel compétent qui connaît bien le TDAH, car plusieurs problématiques peuvent en mimer les symptômes ou y être associées.

Le questionnaire **Inventaire des symptômes du TDAH** est tiré du **Weiss Symptom Record-2 (WSR-2)**, disponible dans la e-trousse de CADDRA (caddra.ca). Il peut être complété par l'adolescent lui-même ou un proche qui le connaît bien. Cette cueillette d'information comprend une liste de problèmes ou difficultés qui peuvent être associés au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). D'autres questionnaires peuvent aussi être proposés par le professionnel. Un lien direct vers plusieurs outils est disponible sur le site cliniquefocus.com, section portfolios.

INSTRUCTIONS à l'adolescent :

Afin de permettre une compréhension plus globale de ta situation, le professionnel qui t'évalue a besoin de connaître certains éléments selon ton point de vue, celui de tes parents et, dans certains cas, celui d'autres personnes qui te connaissent bien.

Ton opinion est très importante.

Dans le questionnaire suivant, des questions te sont posées sur ton fonctionnement selon différentes situations.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Si tu n'es pas sûr(e) de la réponse, choisis la première qui te vient à l'esprit. Chaque item est moins important que le portrait global.

Merci de ta participation !

Inventaire des symptômes du TDAH

Date : ____ / ____ / ____

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Complété par : Personne elle-même

Proche Prénom _____ Nom _____

Ce formulaire contient une liste de problèmes/difficultés. Veuillez indiquer vos réponses en utilisant les niveaux suivants :

- 0 = Aucun : Pas un problème ou inquiétude. Les difficultés présentes sont appropriées pour l'âge.
- 1 = Parfois : Quelques difficultés, à l'occasion
- 2 = Moyennement : C'est un problème significatif
- 3 = Beaucoup : C'est un problème très important

Problème/difficulté avec :	Enfance				Actuel			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. Porter attention aux détails ou commettre des erreurs d'inattention								
2. Garder son attention ou rester attentif								
3. Écouter ou avoir l'esprit qui semble ailleurs								
4. Suivre les instructions ou terminer la tâche								
5. S'organiser (ex. : temps, échéanciers, être à l'ordre)								
6. Éviter de faire ou détester les tâches nécessitant un effort mental soutenu								
7. Perdre ou égarer des choses								
8. Être facilement distrait								
9. Avoir tendance à oublier dans la vie de tous les jours (ex. : tâches, paiement de factures, rendez-vous)								
10. S'agiter ou bouger sur son siège								
11. Avoir de la difficulté à rester en place ou assis								
12. Être agité ou ressentir de la bougeotte								
13. Être bruyant ou avoir de la difficulté à rester silencieux								
14. Être toujours en action ou comme « poussé par un moteur »								
15. Trop parler								
16. Parler impulsivement								
17. Avoir de la difficulté à attendre son tour								
18. Avoir tendance à interrompre ou à déranger les autres								
19. Perdre le contrôle de ses humeurs								
20. Être susceptible								
21. Être colérique et rancunier								
22. Argumenter avec les autres								
23. Être défiant ou refuser de suivre les consignes								
24. Embêter les autres délibérément								
25. Blâmer les autres plutôt que soi-même								
26. Être méchant ou chercher à se venger								



Commentaires - Observations

Points positifs / forces:

Défis :

