

Portfolio FOCUS - ADULTE

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

À FAIRE REMPLIR PAR L'ADULTE QUI CONSULTE

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.

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.

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 de la personne pour laquelle la démarche de consultation a lieu :

(Optionnel) La personne est référée par : _____

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

PERSONNE POUR LAQUELLE LA DÉMARCHÉ DE CONSULTATION A LIEU

Prénom : _____ Nom : _____
Date de naissance (jj/mm/année) : ___ / ___ / ____ Âge actuel : _____ Sexe : H F
Langue(s) parlée(s) : Français Anglais Autre(s) : _____
Coordonnées téléphoniques de jour : (___) ___ - _____ Courriel _____

Proche(s) ayant participé à la cueillette d'information :

Mère Père Conjoint(e) Ami Autre : _____
Prénom : _____ Nom : _____
Emploi : _____
Téléphone : domicile (___) ___ - _____ cellulaire : (___) ___ - _____

Mère Père Conjoint(e) Ami Autre : _____
Prénom : _____ Nom : _____
Emploi : _____
Téléphone : domicile (___) ___ - _____ cellulaire : (___) ___ - _____

Mère Père Conjoint(e) Ami Autre : _____
Prénom : _____ Nom : _____
Emploi : _____
Téléphone : domicile (___) ___ - _____ cellulaire : (___) ___ - _____



CONTEXTE – MILIEU FAMILIAL

Cocher tout ce qui correspond à la situation

La personne qui consulte ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Est célibataire | <input type="checkbox"/> Habite seul (e) ou avec des co-locataires |
| <input type="checkbox"/> A un (une) petit (e) ami (e) | <input type="checkbox"/> Habite avec son (sa) partenaire de vie |
| <input type="checkbox"/> Est en couple * | <input type="checkbox"/> Habite avec un ou ses deux parents |
| <input type="checkbox"/> Est séparé(e) / divorcé(e) | |
| <input type="checkbox"/> Est veuf (veuve) | |

Conjoint (e) : Prénom : _____ Nom : _____

- Aucun enfant
 A un ou des enfants

Préciser prénom, nom, sexe et date de naissance du ou des enfants :

- Famille nucléaire/traditionnelle (Parents ensemble, vivant avec enfant(s) sous le même toit)
- Parents séparés Date de la séparation (jj/mm/année) : ___ / ___ / ___
- Vit ou a vécu en alternance chez sa mère et son père
- Vit ou a vécu exclusivement avec un de ses parents Mère Père
- Famille recomposée côté maternel
- Famille recomposée côté paternel

Vit ou a vécu en famille d'accueil ou ressource d'hébergement

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) :

AUTRES ÉLÉMENTS:



STRESSEURS

Cocher ici si vous ou des proches avez 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



ÉCOLE

ACTUELLEMENT AUX ÉTUDES

Établissement d'enseignement: _____

Programme et niveau scolaire: _____

Si pertinent :

Personne ressource: Prénom : _____ Nom : _____

Cette personne est informée de votre démarche de consultation Oui Non

Numéro de téléphone : () _____ - _____ Courriel : _____

Services adaptés ou plan d'intervention : Aucun À venir Disponible mais non utilisé

En place :

Plus de temps pour les examens

Local à part

Logiciels d'aide

Autre(s) : _____

A TERMINÉ SA SCOLARITÉ

Niveau d'études atteint:

Primaire Secondaire DEP Collégial ou CEGEP

Baccalauréat Études post-graduées Autre : _____

Diplôme(s) obtenu(s) : _____

Cocher tout ce qui correspond à votre situation actuelle ou passée en lien avec l'école:

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.

Fait ou a déjà fait des crises nécessitant une intervention particulière.



EMPLOI

- Aucun emploi
- Emploi étudiant / temps partiel
- Emploi temps plein
- Arrêt de travail en cours (préciser raison : _____)

Type d'emploi : _____

FONCTIONNEMENT ACTUEL GLOBAL

*Comment qualifieriez-vous votre fonctionnement en général, à la **maison** ?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bien la plupart du temps | <input type="checkbox"/> Parfois difficile, parfois bien |
| <input type="checkbox"/> Souvent difficile | <input type="checkbox"/> Très difficile |
-

*Comment qualifieriez-vous votre fonctionnement en général à l'**école** (si vous êtes étudiant) ?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bien la plupart du temps | <input type="checkbox"/> Parfois difficile, parfois bien |
| <input type="checkbox"/> Souvent difficile | <input type="checkbox"/> Très difficile |
-

*Comment qualifieriez-vous votre fonctionnement en général, au **travail** (si vous occupez un emploi) ?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bien la plupart du temps | <input type="checkbox"/> Parfois difficile, parfois bien |
| <input type="checkbox"/> Souvent difficile | <input type="checkbox"/> Très difficile |
-

COMMENTAIRES :



ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

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

Diagnostic suspecté ou connu

- Troubles cardiaques graves (Ex. : infarctus, insuff. cardiaque)
- Mort subite avant 50 ans
- Perte de conscience inexpiquée
- 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 vous ?



HISTOIRE PERSONNELLE MÉDICALE ET PSYCHIATRIQUE

Cocher les problématiques ou diagnostics que vous avez déjà eus en précisant les détails.

Problématiques

Allergie(s) ou intolérance(s)

- Médicament(s)
- Aliment(s)
- Pollens
- Animaux

Intervention(s) chirurgicale(s)

- Oui Non

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

Problème de vision

Problème d'audition

Détails



Problématiques (suite)

- 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)
- Dépression majeure
- Maladie Bipolaire
- Trouble de personnalité
- 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 : (____) ____ - _____

Cocher tout ce qui correspond à votre 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 vous **avez déjà pris ou prenez 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) médicaments (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 vous avez 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 : _____

Psychiatrie 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	_____	_____	_____
--------------------------------	-------	-------	-------

Cocher tout ce qui correspond à votre situation:

A ou a eu des services au CLSC au CRDI à l'IRD PQ

A été évalué en milieu scolaire A ou a eu un plan d'intervention

A ou a fait une psychothérapie Année : _____ psychothérapeute: _____



HISTOIRE DE LA GROSSESSE

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

Au sujet de la grossesse et de votre naissance,

- Âge des parents au moment de la grossesse: mère : _____ père : _____
- Après combien de semaines de grossesse votre mère a-t-elle appris qu'elle était enceinte? _____
- Vous êtes 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 (indiquer ici si disponible)

Cocher chaque case qui s'applique et préciser :

- Aucun problème durant la grossesse
- Aucun problème dans la période périnatale
- Médicaments durant la grossesse
- Tabac durant la grossesse
- Alcool durant la grossesse
- Drogues durant la grossesse
- Anomalies à l'échographie
- Problèmes de santé de la mère durant la grossesse
- Travail provoqué
- Césarienne (en urgence ou planifiée)
- Difficultés respiratoires à la naissance
- Circulaire du cordon
- Ictère (Jaunisse)
- Autre difficulté
- Séjour à l'unité néonatale (durée : _____)

Détails



HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

Quelle main utilisez-vous le plus? Gauche Droite

Comparativement à d'autres du même âge, présentez-vous ou avez-vous déjà présenté les problématiques suivantes? Cocher tout ce qui correspond à la situation durant l'enfance jusqu'à aujourd'hui et préciser.

Détails

Retard de développement au niveau de la parole

Perte du langage, après avoir commencé à parler

Difficultés de compréhension du langage oral ou écrit

Difficultés dans la communication ou l'expression du langage oral ou écrit

Difficultés avec les habiletés motrices globales (marcher, sauter, courir, escaliers, sports)

Difficultés avec les habiletés motrices fines (boutonner, lacer, dessiner, découper, calligraphie)

Difficultés dans l'autonomie (supervision requise dépasse celle attendue pour son âge)

Difficultés dans le développement socio-émotionnel (attachement, anxiété, expression des émotions)

Difficultés de séparation lors des départs

Présence d'autres caractéristiques particulières dans l'enfance ou l'adolescence, mais qui se sont résolues

Autres problématiques en lien avec le développement encore présentes aujourd'hui



HABITUDES DE VIE

ACTIVITÉS / LOISIRS

Intérêts et activités préférées: _____

Cocher tout ce qui correspond à votre situation actuelle :

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

- Raisonnable, sans excès ni impacts fonctionnels
- Pourrait être excessif, mais actuellement contrôlé
- Excessif (ex. : plus de 2h / J ; avec impacts fonctionnels pour la vie personnelle ou familiale)

Détails : _____

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Sédentaire Actif Détails : _____

Cocher tout ce qui correspond à votre situation actuelle ou passée :

ALIMENTATION

- Aucun problème concernant l'alimentation
- Prend un temps excessif pour manger
- Préoccupation excessive a/n poids ou alimentation
- Prise de poids significative
- Épisode d'hyperphagie - boulimie
- Perte de poids significative
- Appétit réduit en général
- Réduction d'appétit en lien avec la prise d'une médication
- Difficulté à avaler des comprimés
- Prise de suppléments alimentaires

Détails



SOMMEIL

Heure du coucher : _____

Heure du lever : _____

Heure de fin d'utilisation d'écran en soirée

Semaine : _____ Fin de semaine: _____

Cocher tout ce qui correspond à votre situation actuelle ou passée :

Détails

- Aucun problème concernant la routine du coucher _____
- Aucun problème concernant le sommeil _____
- Routine du coucher difficile _____
- Sent le sommeil mais procrastine pour ne pas se coucher _____
- Se couche tard (ne voit pas le temps passer) _____
- Se couche tard (rattrape le temps perdu) _____
- Absence d'écran(s) dans la chambre _____
- Présence d'écran(s) dans la chambre _____
- Regarde des films ou des vidéos pour s'endormir _____
- Écoute de la musique pour s'endormir _____
- Lit pour s'endormir _____
- Difficulté à s'endormir (tracas) _____
- Difficulté à s'endormir (bougeotte des idées) _____
- Éveils dans la nuit _____
- Douleur nuit au sommeil _____
- Sommeil agité - cauchemars _____
- Ronflements _____
- Apnée du sommeil _____
- Grincements de dents _____
- Éveil très matinal _____
- Éveil très difficile (plusieurs rappels) _____
- Autre problématique liée au sommeil _____



CONFIRMATION DE L'ACCORD POUR LA CONSULTATION

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

- J'ai 18 ans et plus.
- Je suis d'accord pour la démarche de consultation.

_____ / _____ / _____
Prénom Nom Date (jj/mm/année)

DOCUMENTS À JOINDRE

- Portfolio FOCUS - Adulte Partie B : Inventaire des symptômes du TDAH - SOI
- Portfolio FOCUS - Adulte Partie C : Inventaire des symptômes du TDAH - PROCHE
- Portfolio FOCUS - QIASA – à compléter si les symptômes ont des impacts académiques
(disponible www.cliniquefocus.com, section portfolio)
- Rapports des évaluations et/ou suivis décrits dans ce document
- Tout autre document que vous jugez pertinent : _____



Portfolio FOCUS Adulte

Partie B : Inventaire des symptômes du TDAH - SOI

Questionnaire à faire remplir par la personne qui consulte

Afin de permettre une compréhension plus globale de la situation, le professionnel qui évalue la personne pour un possible TDAH de l'adulte a besoin de connaître certains éléments selon son point de vue et, en autant que possible, la perception de ses proches.

Il est important de faire une recherche de la présence des symptômes actuels mais aussi d'explorer de façon rétrospective ceux-ci dans l'enfance, avant l'âge de 12 ans.

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 extrait du **Weiss Symptom Record-2 (WSR-2)**, disponible dans la e-trousse de CADDRA (caddra.ca). Il peut être complété par la personne elle-même et/ou un proche qui la 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 la personne qui consulte:

Afin de permettre une compréhension plus globale de votre situation, le professionnel qui vous évalue a besoin de connaître certains éléments selon votre point de vue et celui de vos proches. *Remplissez ce questionnaire et faites aussi compléter une version par un proche qui vous a connu enfant et une personne qui vous connaît bien actuellement.*

- Votre opinion est très importante.
- Dans le questionnaire suivant, des questions vous sont posées sur votre fonctionnement 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.



Inventaire des symptômes du TDAH (selon Weiss Symptom Record WSR-2, page 1)

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				Actuelle			
	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 :



Inventaire des symptômes du TDAH (selon Weiss Symptom Record WSR-2, page 1)

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 :



Inventaire des symptômes du TDAH (selon Weiss Symptom Record WSR-2, page 1)

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 :

