

QUESTIONNAIRE DU PATIENT

IL FAUT REMPLIR VOUS-MÊME CE FORMULAIRE (PATIENT)

Veuillez modifier ce PDF directement

Ne pas imprimer ce document

Nous retourner dans le même format (PDF)

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le www.excellemd.com/TDAH.

Si vous avez d'autres questions, contactez-nous au 1-844-735-8111

RETOURNEZ SUR LA PAGE TDAH

Scannez ce code QR pour retourner la page TDAH du site web d'ExcelleMD

Contactez nous au 450-735-8111 (1-844-735-8111)



DÉPISTAGE DES SYMPTÔMES ANXIEUX ET DÉPRESSIFS

INFORMATION DU PATIENT

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

ÉCHELLE GAD - 7

Au cours **des deux dernières semaines**, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

	Jamais	Parfois	Plus de la moitié du temps	Souvent
1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension.	0	1	2	3
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes.	0	1	2	3
3. Une inquiétude excessive propos de différentes choses.	0	1	2	3
4. Des difficultés à se détendre.	0	1	2	3
5. Une agitation telle qu'il est difficile à tenir en place.	0	1	2	3
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable.	0	1	2	3
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait d'arriver	0	1	2	3
Veillez calculer le total des points obtenus	TOTAL	<input type="text"/>		

ÉCHELLE PHQ - 9

Au cours **des deux dernières semaines**, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

	Jamais	Parfois	Plus de la moitié du temps	Souvent
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e).	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir, à rester endormi(e) ou dormir trop.	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi, avoir le sentiment d'être nul(le) ou d'avoir déçu quelqu'un d'autre ou soi-même.	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer, ou au contraire, être si agité(e) que vous avez du mal à tenir en place.	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3
Veillez calculer le total des points obtenus	TOTAL	<input type="text"/>		

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a(ont)-t-il(s) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou vos relations sociales difficiles

Pas du tout difficile(s)

Assez difficile(s)

Très difficile(s)

Extrêmement difficile(s)



ADULT ADHD SELF-REPORT SCALE (ASRS-V1.1) SYMPTOM CHECKLIST

(version française - non validée)

Nom du patient: _____ Date: _____

Veuillez répondre aux questions ci-dessous en évaluant vous-même chaque item, en utilisant l'échelle au côté droit de la page. Pour répondre à chaque question, inscrivez un X dans la colonne qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et la manière dont vous vous êtes conduit et à quelle fréquence au cours des 6 derniers mois. Remettez l'échelle d'auto- appréciation dûment remplie à votre professionnel de la santé pour en discuter avec lui lors du rendez-vous.	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Très Souvent
PARTIE A					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
Lorsque vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					
PARTIE B					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des fautes d'étourderie lorsque vous travaillez à un projet ennuyeux ou difficile?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer sur les propos de votre interlocuteur, même s'il s'adresse directement à vous?					
À la maison ou au travail, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'égarer des choses ou d'avoir des difficultés à les retrouver?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être distrait par l'activité ou le bruit autour de vous?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous détendre et à vous reposer dans vos temps libres?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de façon excessive à l'occasion de rencontres sociales?					
Pendant une conversation, à quelle fréquence vous arrive-t-il de terminer les phrases de vos interlocuteurs avant que ces derniers aient le temps de les finir?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à attendre votre tour lorsque vous devriez le faire?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'interrompre les gens lorsqu'ils sont occupés?					

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – SELF REPORT (WFIRS-S)

(version française – non validée)

Nom: _____ Date: _____ Date de naissance: _____

Travail: _____ Temps plein ____ Temps partiel ____ Autre: _____

Études: _____ Temps plein ____ Temps partiel ____

Encercler le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets de vos troubles émotionnels ou de comportement sur chaque item pendant le dernier mois.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
A	FAMILLE					
1	Nuisent aux relations avec les membres de votre famille					
2	Caused des problèmes dans votre couple					
3	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place					
4	Caused des querelles familiales					
5	Empêchent la famille de s'amuser ensemble					
6	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille					
7	Caused des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille					
8	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher					
B	TRAVAIL					
1	Difficulté à effectuer ce qui est demandé					
2	Rendement de travail affecté					
3	Problèmes avec votre supérieur(e)					
4	Difficulté à maintenir un emploi					
5	Congédiement ou perte d'emploi					
6	Difficulté à travailler en groupe					
7	Manque du travail, absentéisme					
8	Arrive en retard, retardataire					
9	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches					
10	Difficulté à atteindre votre plein potentiel					
11	Faibles évaluations de rendement					
C	ÉCOLE					
1	Difficulté à prendre des notes					
2	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets					
3	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux					
4	Problèmes avec votre enseignant(e)					
5	Problèmes avec le personnel administratif					
6	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires					
7	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme					
8	Arrive en retard, retardataire					
9	Difficulté à atteindre votre plein potentiel					
10	Résultats scolaires instables					
D	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéos					
2	Problèmes d'hygiène personnelle					
3	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin					
4	Difficulté à se préparer au coucher					
5	Problèmes de nutrition					
6	Problèmes sexuels					
7	Troubles du sommeil					

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
8	Accident ou blessure					
9	Inactivité physique					
10	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste					
11	Difficulté avec les tâches ménagères					
12	Difficulté à gérer vos finances					
E	CONCEPT DE SOI					
1	Mauvaise perception de vous-mêmes					
2	Frustré(e) face à vous-même					
3	Sentiment de découragement					
4	Insatisfait(e) de votre vie					
5	Impression d'être incompetent(e)					
F	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1	Vous argumentez avec les autres					
2	Difficulté de coopérer avec les autres					
3	Difficulté à vous entendre avec les autres					
4	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres					
5	Difficulté à avoir des activités de loisirs					
6	Difficulté à vous faire de nouveaux amis					
7	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié					
8	Vous tenez des propos inappropriés					
9	Plaintes des voisins					
G	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1	Conduite automobile agressive					
2	Faire autre chose tout en conduisant					
3	Rages au volant					
4	Détruire ou endommager des biens					
5	Poser des gestes illicites					
6	Ennuis avec la police					
7	Cigarette					
8	Marijuana					
9	Consommation d'alcool					
10	Consommation de drogues illicites					
11	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)					
12	Comportement sexuel inapproprié					
13	Être agressif(ve) physiquement					
14	Être agressif(ve) verbalement					

Nombre d'énoncés notés 2 ou 3

A	Famille		
B	Travail		
C	École		
D	Aptitudes à la vie quotidienne		
E	Concept de soi		
F	Fonctionnement social		
G	Comportements à risque		
	Total		

Pointage total

A	Famille		
B	Travail		
C	École		
D	Aptitudes à la vie quotidienne		
E	Concept de soi		
F	Fonctionnement social		
G	Comportements à risque		
	Total		

Pointage moyen (N/A Articles non inclus au total)

A	Famille		
B	Travail		
C	École		
D	Aptitudes à la vie quotidienne		
E	Concept de soi		
F	Fonctionnement social		
G	Comportements à risque		
	Total		

WEISS SYMPTOM RECORD II

PATIENT: _____

RÉPONDANT: _____

Ce formulaire contient une liste de problèmes/difficultés. Pas toutes les questions s'appliquent à votre situation. Veuillez indiquer vos réponses en utilisant les niveaux suivants:

- **Aucun:** pas un problème. Les difficultés présentes sont appropriées pour l'âge.
- **Parfois:** quelques difficultés, à l'occasion
- **Moyennement:** c'est un problème significatif
- **Beaucoup:** c'est un problème très important
- **NA:** Non applicable. Cochez cette colonne si l'item n'est pas un problème ou n'est pas pertinent pour vous.

<i>Problème/Difficulté avec:</i>	<i>Aucun</i>	<i>Parfois</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>N/A</i>
INATTENTION					
Commet des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours (rendez-vous, tâches)					
HYPERACTIVITÉ ET IMPULSIVITÉ					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la difficulté à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la difficulté à attendre son tour					
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					
OPPOSITION					
Est colérique/facilement irritable					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					
Argumente avec les autres					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est méchant ou cherche à se venger					

WEISS SYMPTOM RECORD II

<i>Problème/Difficulté avec:</i>	<i>Aucun</i>	<i>Parfois</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>NA</i>
DÉVELOPPEMENT ET APPRENTISSAGE					
Incontinence urinaire (après l'âge de 5 ans)					
Incontinence fécale (après l'âge de 4 ans)					
Lecture					
Orthographe					
Mathématiques					
Écriture					
SPECTRE AUTISTIQUE					
Difficulté à communiquer avec les autres					
Difficulté à maintenir le contact visuel ou utilise un langage corporel étrange					
Parle étrangement (voix monotone, mots étranges)					
Idées fixes intenses, champs d'intérêt limités					
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains, tourner en rond)					
Difficulté à avoir des conversations avec les autres					
TROUBLES MOTEURS					
Bruits répétitifs (renflements, dégagement de gorge)					
Mouvements répétitifs (cligne de yeux, hausse les épaules)					
Est maladroit					
COMMUNICATION SOCIALE ET ÉMOTIONNELLE					
Difficulté à maintenir le contact visuel ou utilise un langage corporel étrange					
Parle étrangement (voix monotone, mots étranges)					
Idées fixes intenses, champs d'intérêt limités					
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains)					
PSYCHOSE					
Entend des voix qui ne sont pas					
Voit des choses qui ne sont pas là					
Ses idées s'entremêlent de façon illogique					
Paranoïa (les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal)					
DÉPRESSION					
Se sent triste ou dépressif une grande partie de la journée					
Démotivé ou peu de plaisir une grande partie de la journée					
Perte ou gain de poids, ou changement dans son appétit					
Difficulté à dormir ou dort trop					
Agité					
Léthargique					
Se sent sans valeur					
Fatigué, sans énergie					

WEISS SYMPTOM RECORD II

<i>Problème/Difficulté avec:</i>	<i>Aucun</i>	<i>Parfois</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>NA</i>
Est sans espoir, pessimiste					
Retrait social (de ses intérêts et des autres)					
Moins concentré					
RÉGULATION DE L'HUMEUR					
Périodes distinctes d'excitation intense					
Périodes distinctes d'augmentation soudaine de l'estime de soi, grandiose					
Périodes distinctes d'augmentation d'énergie					
Périodes distinctes de baisse du besoin de sommeil					
Périodes distinctes de pensées rapides ou de langage					
Irritabilité inhabituelle					
Attaques de rage, colère, hostilité					
SUICIDE					
Idées suicidaires					
Tentatives de suicide ou plan suicidaire					
ANXIÉTÉ					
Peurs intenses (hauteur, foules, araignées)					
Peur des situations sociales ou de parler en public					
Attaques de panique					
Peur de quitter la maison ou du transport en public					
Inquiet et/ou anxieux la plupart du temps					
Nervous, can't relax					
Pensées obsessionnelles (microbes, perfectionniste)					
Rituels compulsifs (lave ses mains, vérifie si porte barrée)					
Ronge ses ongles, tire ses cheveux ou gratte sa peau					
Se plaint de douleurs physiques					
Douleur chronique					
TROUBLES RELIÉS AU STRESS					
Abus physique					
Abus sexuel					
Négligence					
Autres traumatismes graves					
TSPT					
Flashbacks ou cauchemars					
Évitement					
Pensées intrusives d'événements traumatiques					

WEISS SYMPTOM RECORD II

<i>Problème/Difficulté avec:</i>	<i>Aucun</i>	<i>Parfois</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>NA</i>
SLEEP					
Difficulté à s'endormir ou à rester endormi					
Somnolence excessive pendant la journée					
Ronflement ou difficulté à respirer pendant le sommeil					
ALIMENTATION					
A une image déformée de son corps					
Sous son poids santé					
Excès de nourriture					
Au-dessus de son poids santé					
Mange peu ou refuse de manger					
CONDUITE					
Agressif verbalement					
Agressif physiquement					
A utilisé une arme (bâton, roche, etc.)					
Est cruel envers les animaux					
Est cruel envers les personnes					
Vole les biens d'autrui					
Met volontairement feu à un bien					
Détruit avec l'intention de causer des dommages					
Ment fréquemment					
Absence de remords ou de culpabilité					
Absence d'empathie					
ABUS DE SUBSTANCES					
Détournement de médicaments sous ordonnance					
Alcool > 14 verres/semaine ou 4 verres à la fois					
Fume la cigarette					
Marijuana					
Autres drogues de rue					

WEISS SYMPTOM RECORD II

<i>Problème/Difficulté avec:</i>	<i>Aucun</i>	<i>Parfois</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>NA</i>
Abus de médicaments vendus sans ordonnance					
Abus de caféine (boissons gazeuses, café, thé, pilules)					
DÉPENDANCES					
Jeux					
Abus d'internet, jeux vidéo ou temps d'écran					
Autres dépendances					
PERSONNALITÉ					
Comportement autodestructeur					
Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles					
S'inflige des blessures (se coupe)					
A une image de soi fragile					
Faible estime de soi					
Manipulateur					
Centré sur soi-même					
Arrogant					
Méfiant					
Trompeur, absence de remords					
Comportement antisocial ou non-respect des lois					
A tendance à être par lui-même, seul					
AUTRES					

L'échelle est la propriété de Margaret Danielle Weiss, MD, Ph.D. L'échelle peut être utilisée sans frais par les cliniciens et les chercheurs, affichées sur l'Internet ou reproduites selon le besoin. L'échelle ne peut pas être modifiée. Pour toute traduction, il faut obtenir préalablement l'autorisation de l'auteur. Veuillez communiquer avec Dre Weiss à margaret.weiss@icloud.com si vous désirez afficher l'échelle sur l'Internet, l'utiliser dans une recherche ou si vous voulez la traduire