

## 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](http://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

### INFORMATIONS 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
Veuillez 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, déprimée(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
Veuillez 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 dutout difficile(s)	Assez difficile(s)	Très difficile(s)	Extrêmement difficile(s)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# 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
<b>PARTIE A</b>					
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?					
<b>PARTIE B</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
<b>A</b>	<b>FAMILLE</b>					
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>B</b>	<b>TRAVAIL</b>					
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					
<b>C</b>	<b>ÉCOLE</b>					
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					
<b>D</b>	<b>APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE</b>					
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					
<b>E</b>	<b>CONCEPT DE SOI</b>					
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)					
<b>F</b>	<b>FONCTIONNEMENT SOCIAL</b>					
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					
<b>G</b>	<b>COMPORTEMENTS À RISQUE</b>					
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**

**Pointage 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			/

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

DATE: \_\_\_\_\_

Ce formulaire contient une liste de problèmes/difficultés. Certaines questions peuvent ne pas s'appliquer à votre situation. Veuillez indiquer vos réponses en utilisant les niveaux suivants :

- **Aucun** : Pas un problème ou inquiétude. 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
- **N/A** : Non applicable. Cochez cette colonne si l'énoncé n'est pas un problème ou n'est pas pertinent pour vous.

<i>Problème/difficulté avec :</i>	<i>Aucun (0)</i>	<i>Parfois (1)</i>	<i>Moyennement (2)</i>	<i>Beaucoup (3)</i>	<i>N/A</i>
<b>INATTENTION SCORE MOYEN _____</b>					
Porter attention aux détails ou commettre des erreurs d'inattention					
Garder son attention ou rester attentif					
Écouter ou avoir l'esprit qui semble ailleurs					
Suivre les instructions ou terminer la tâche					
S'organiser (ex. : temps, échéanciers, être à l'ordre)					
Éviter de faire ou détester les tâches nécessitant un effort mental soutenu					
Perdre ou égarer des choses					
Être facilement distrait					
Avoir tendance à oublier dans la vie de tous les jours (ex. : tâches, paiement de factures, rendez-vous)					
<b>HYPERACTIVITÉ ET IMPULSIVITÉ SCORE MOYEN _____</b>					
S'agiter ou bouger sur son siège					
Avoir de la difficulté à rester en place ou assis					
Être agité ou ressentir de la bougeotte					
Être bruyant ou avoir de la difficulté à rester silencieux					
Être toujours en action ou comme « poussé par un moteur »					
Trop parler					
Parler impulsivement					
Avoir de la difficulté à attendre son tour					
Avoir tendance à interrompre ou à déranger les autres					
<b>OPPOSITION SCORE MOYEN _____</b>					
Perdre le contrôle de ses humeurs					
Être susceptible					
Être colérique et rancunier					
Argumenter avec les autres					
Être défiant ou refuser de suivre les consignes					
Embêter les autres délibérément					
Blâmer les autres plutôt que soi-même					
Être méchant ou chercher à se venger					

## WEISS SYMPTOM RECORD II

<i>Problème/difficulté avec :</i>	<i>Aucun (0)</i>	<i>Parfois (1)</i>	<i>Moyennement (2)</i>	<i>Beaucoup (3)</i>	<i>N/A</i>
<b>DÉVELOPPEMENT ET APPRENTISSAGE SCORE MOYEN _____</b>					
Présenter de l'incontinence urinaire (après l'âge de 5 ans)					
Présenter de l'incontinence fécale (après l'âge de 4 ans)					
Lecture					
Orthographe					
Mathématiques					
Écriture					
<b>SPECTRE AUTISTIQUE SCORE MOYEN _____</b>					
Présenter des problèmes de communication avec les autres					
Avoir de la difficulté à maintenir le contact visuel ou utiliser un langage corporel étrange					
Parler étrangement (voix monotone, mots étranges)					
Présenter des idées fixes intenses, ou des champs d'intérêt limités					
Exhiber un maniérisme moteur répétitif (claquement des mains/bras, tourner sur soi-même)					
Éprouver des difficultés à avoir des conversations avec les autres					
<b>TROUBLES MOTEURS SCORE MOYEN _____</b>					
Émettre des bruits répétitifs (renflements, dégagement de gorge)					
Faire des mouvements répétitifs (cligner des yeux, hausser les épaules)					
Être maladroit					
<b>PSYCHOSE SCORE MOYEN _____</b>					
Entendre des voix qui ne sont pas là					
Voir des choses qui ne sont pas là					
Avoir des idées qui s'entremêlent de façon illogique					
Présenter de la paranoïa (impression que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal)					
<b>DÉPRESSION SCORE MOYEN _____</b>					
Se sentir triste ou dépressif une grande partie de la journée					
Présenter de la démotivation ou peu de plaisir une grande partie de la journée					
Avoir une perte ou un gain de poids, ou un changement dans son appétit					
Avoir de la difficulté à dormir ou trop dormir					
Ressentir de l'agitation ou être agité					
Être léthargique					
Se sentir sans valeur					
Être fatigué, sans énergie					
Être sans espoir, pessimiste					
S'isoler ou se retirer (de ses intérêts ou des autres)					
Être moins concentré					

## WEISS SYMPTOM RECORD II

<i>Problème/difficulté avec :</i>	<i>Aucun (0)</i>	<i>Parfois (1)</i>	<i>Moyennement (2)</i>	<i>Beaucoup (3)</i>	<i>N/A</i>
<b>RÉGULATION DE L'HUMEUR</b> SCORE MOYEN _____					
Présenter des périodes distinctes d'excitation intense					
Présenter des périodes distinctes d'augmentation soudaine de l'estime de soi, des idées de grandeur					
Présenter des périodes distinctes d'augmentation d'énergie					
Présenter des périodes distinctes de diminution du besoin de sommeil					
Présenter des périodes distinctes de pensées ou de langage rapides					
Avoir une irritabilité inhabituelle					
Présenter des attaques de rage, de colère ou d'hostilité					
<b>SUICIDE</b> SCORE MOYEN _____					
Avoir des idées suicidaires					
Avoir fait une/des tentative(s) de suicide ou un plan suicidaire					
<b>ANXIÉTÉ</b> SCORE MOYEN _____					
Avoir des peurs intenses (hauteur, foules, araignées)					
Présenter une peur des situations sociales ou de parler en public					
Éprouver des attaques de panique					
Avoir peur de quitter la maison ou du transport en commun					
Être inquiet et/ou anxieux la plupart du temps					
Être nerveux, avoir de la difficulté à se détendre					
Avoir des pensées obsessionnelles (microbes, perfectionniste)					
Présenter des rituels compulsifs (laver ses mains, vérifier si porte barrée)					
Ronger ses ongles, tirer ses cheveux ou gratter sa peau					
Se plaindre de douleurs physiques					
Souffrir de douleur chronique					
<b>TROUBLES RELIÉS AU STRESS</b> SCORE MOYEN _____					
Avoir vécu un/des abus physique(s)					
Avoir vécu un/des abus sexuel(s)					
Avoir subi de la négligence					
Avoir vécu d'autres traumatismes graves					
<b>TSPT</b> SCORE MOYEN _____					
Présenter des flash-back ou des cauchemars					
Éviter					
Avoir des pensées intrusives d'événements traumatiques					
<b>SOMMEIL</b> SCORE MOYEN _____					
Avoir de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi					
Présenter de la somnolence excessive pendant la journée					
Ronfler ou avoir de la difficulté à respirer pendant le sommeil					

## WEISS SYMPTOM RECORD II

<i>Problème/difficulté avec :</i>	<i>Aucun (0)</i>	<i>Parfois (1)</i>	<i>Moyennement (2)</i>	<i>Beaucoup (3)</i>	<i>N/A</i>
<b>ALIMENTATION SCORE MOYEN _____</b>					
Avoir une image déformée de son corps					
Avoir un poids inférieur à son poids santé					
Manger par excès (hyperphagie)					
Avoir un poids au-dessus de son poids santé					
Manger peu ou refuser de manger					
<b>CONDUITE SCORE MOYEN _____</b>					
Être agressif verbalement					
Être agressif physiquement					
Avoir utilisé une arme envers quelqu'un (bâton, roche, etc.)					
Être cruel envers les animaux					
Être physiquement cruel envers les personnes					
Avoir volé les biens d'autrui ou fait un vol à l'étalage					
Avoir mis volontairement le feu					
Avoir détruit avec l'intention de causer des dommages					
Mentir fréquemment					
Présenter une absence ou un manque de remords ou de culpabilité					
Présenter une absence ou un manque d'empathie					
<b>ABUS DE SUBSTANCES SCORE MOYEN _____</b>					
Avoir fait un usage détourné de médicaments sous ordonnance					
Consommer de l'alcool > 14 verres/semaine ou 4 verres à la fois					
Fumer la cigarette ou autre usage de tabac					
Prendre de la marijuana					
Prendre d'autres drogues de rue					
Avoir fait ou faire abus de médicaments vendus sans ordonnance					
Avoir fait ou faire abus de caféine (boissons gazeuses, café, thé, pilules)					
<b>DÉPENDANCES SCORE MOYEN _____</b>					
Avoir des problèmes de jeu de hasard					
Faire un usage abusif d'Internet, de jeux vidéo ou de temps d'écran					
Avoir eu ou avoir d'autres dépendances _____					

## WEISS SYMPTOM RECORD II

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
<b>PERSONNALITÉ SCORE MOYEN _____</b>					
Présenter un comportement autodestructeur					
Éprouver des difficultés à maintenir des relations interpersonnelles					
S'infliger des blessures (ex. : se couper)					
Avoir une faible estime de soi					
Être manipulateur					
Être centré sur soi-même					
Avoir des comportements arrogants					
Être méfiant					
Être trompeur avec absence de remords					
Avoir un comportement antisocial ou un non-respect des lois					
Avoir tendance à être solitaire					
<b>AUTRES (veuillez indiquer toute autre difficulté) SCORE MOYEN _____</b>					

### SCORE MOYEN

(les énoncés N/A ne sont pas inclus dans le calcul)

INATTENTION	
HYPERACTIVITÉ ET IMPULSIVITÉ	
OPPOSITION	
DÉVELOPPEMENT ET APPRENTISSAGE	
SPECTRE AUTISTIQUE	
TROUBLES MOTEURS	
PSYCHOSE	
DÉPRESSION	
RÉGULATION DE L'HUMEUR	
SUICIDE	

ANXIÉTÉ	
TROUBLES RELIÉS AU STRESS	
TSPT	
SOMMEIL	
ALIMENTATION	
CONDUITE	
ABUS DE SUBSTANCES	
DÉPENDANCES	
PERSONNALITÉ	
AUTRES	

\*Calculé à partir de \_\_\_\_\_ questions répondues

*L'échelle est la propriété de Margaret Danielle Weiss, M.D., Ph. D. L'échelle peut être utilisée sans frais par les cliniciens et les chercheurs, affichée sur Internet ou reproduite au besoin. Veuillez communiquer avec Dre Weiss à [margaret.weiss@icloud.com](mailto:margaret.weiss@icloud.com) si vous désirez afficher l'échelle sur Internet, l'utiliser dans une recherche ou si vous voulez la traduire.*