

Informations préalables au bilan TDAH

Madame, Monsieur,

Vous avez pris rendez-vous pour un bilan TDAH auprès du Dr MATHIAS et/ou Mme Aurel SOMRANI.

Afin de préparer au mieux votre consultation et d'optimiser le temps d'évaluation, certains documents sont à compléter avant votre venue.

Documents à fournir

1. Questionnaire médical pré-TDAH (obligatoire pour tous)

Contient vos antécédents, habitudes de vie et informations médicales.

2. Si vous n'avez pas réalisé de bilan neuropsychologique :

- ASRS – auto-questionnaire évaluant inattention / hyperactivité-impulsivité.
- SNAP-IV – échelle comportementale des symptômes du TDAH lors de votre enfance à faire remplir de préférence par un parent vous ayant connu à cette époque.
- WEISS (WFIRS-S + WFIRS-P) – impact sur le quotidien (organisation, travail, relations...).
 - Le WFIRS-P doit être rempli par un proche qui vous a connu dans votre enfance car les questions portent sur vous enfant.

Consignes importantes

- Merci de remplir les questionnaires avec précision.
- Joindre tous les documents dans votre espace Doctolib, rubrique « Documents ».
- Envoyer l'ensemble rapidement, afin que le médecin puisse préparer votre évaluation dans de bonnes conditions.

! À savoir

Ces documents sont indispensables pour permettre au Dr MATHIAS et à Mme SOMRANI de réaliser un bilan complet et fiable.

Sans eux, le bilan ne pourra pas être mené correctement.

Nous vous remercions pour votre collaboration et restons à votre disposition.

Cordialement,

Le secrétariat du Dr MATHIAS

Nom:
Date de naissance:

Prénom:

Questionnaire d'informations

1. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Avez-vous eu des maladies graves ? Si oui, lesquelles :

Avez-vous été hospitalisé(e) ? Si oui, pour quelles raisons et à quelles dates :

Avez-vous des antécédents neurologiques (épilepsie, traumatismes crâniens, etc.) ? Si oui, lesquels :

Avez-vous des douleurs chroniques ou des migraines ? Si oui, lesquelles :

Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue ? Pour quel motif et à quelle période :

Avez-vous déjà reçu un ou plusieurs diagnostics psychiatriques ? Lesquels :

Avez-vous déjà eu un traitement psychotrope ? Lequel et quand :

Avez-vous déjà fait un passage à l'acte suicidaire ? Oui / Non. Si oui, précisez :

Avez-vous déjà eu des automutilations ? Oui / Non. Si oui, précisez :

Avez-vous déjà vécu des épisodes dépressifs ou anxieux ? Oui / Non. Si oui, précisez :

2. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Existe-t-il des cas de TDAH diagnostiqués dans votre famille ? Si oui, chez qui :

Y a-t-il des antécédents psychiatriques dans votre famille ? Si oui, lesquels :

3. ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous eu des chirurgies ? Si oui, lesquelles et quand :

4. ALLERGIES

Avez-vous des allergies médicamenteuses ? Si oui, lesquelles :

Avez-vous des allergies alimentaires ou environnementales ? Si oui, lesquelles :

5. ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES (femmes)

Antécédents gynécologiques :

Nom:
Date de naissance:

Prénom:

6. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX (femmes)

Antécédents obstétricaux (grossesses, accouchements, complications...) :

7. ANTÉCÉDENTS PÉRINATAUX (pour tous)

La grossesse ou l'accouchement ont-ils été compliqués ? Si oui, précisez :

Votre naissance a-t-elle été compliquée ? Si oui, précisez :

Y a-t-il eu des problèmes fœtaux (RCIU, souffrance fœtale, prématurité, exposition alcool/tabac/substances...) ? Si oui, précisez :

8. TRAITEMENTS EN COURS

Traitements de fond :

Traitements ponctuels :

9. BIOLOGIE & BIOMÉTRIE

Taille : ____ cm

Poids : ____ kg

10. MODE DE VIE

TABAC

Fumez-vous ? Si oui, combien par jour :

ALCOOL

Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, à quelle fréquence :

CONDUITES ADDICTIVES / TOXIQUES

Avez-vous déjà consommé des toxiques ? Lesquels et depuis quand :

En consommez-vous actuellement ? À quel rythme :

Autres conduites addictives (jeux, achats compulsifs, etc.) :

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Pratiquez-vous une activité physique ? Laquelle et à quelle fréquence :

ALIMENTATION

Avez-vous des habitudes alimentaires particulières ?

Consommez-vous des boissons contenant de la caféine ou des énergisants ? Lesquelles et en quelle quantité :

PROFESSION

Profession actuelle :

Conditions de travail particulières (horaires décalés, stress, multitâche...) :

Quel est votre niveau d'études :

Avez-vous redoublé ? Lesquelles et pourquoi :

Aviez-vous des difficultés de concentration pendant les cours ?

Aviez-vous des remarques pour bavardage ?

RISQUES PROFESSIONNELS

Êtes-vous exposé(e) à des risques professionnels ? Si oui, lesquels :

SITUATION FAMILIALE

Situation familiale actuelle :

Difficultés relationnelles éventuelles :

VIOLENCES

Avez-vous été victime de violences (physiques, psychologiques, sexuelles, conjugales, familiales) ? Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser :

Cela n'est pas obligatoire.

Nom:
Date de naissance:

Prénom:

AUTRES INFORMATIONS LIÉES AU MODE DE VIE

SOMMEIL

Comment décririez-vous la qualité de votre sommeil (réveils, difficultés...) :

Combien d'heures dormez-vous en moyenne par nuit :

Autres éléments pertinents concernant votre mode de vie :

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?					

SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE PARENT/PROFESSEUR

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

Nom: _____

Sexe: _____ Age: _____ Niveau scolaire: _____ Taille de la classe: _____

Complété par: _____ Parent _____ 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 scolaires				
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)				

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	Causent des problèmes dans votre couple					
3	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place					
4	Causent des querelles familiales					
5	Empêchent la famille de s'amuser ensemble					
6	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille					
7	Causent 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	COMPOTEMENTS 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 FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – PARENT REPORT (WFIRS-P)

(version française - non validée)

Votre nom: _____

Votre lien avec l'enfant: _____

Encerclez le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets des troubles émotionnels ou de comportement de votre enfant 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 ses frères et soeurs					
2	Causent des problèmes dans notre couple					
3	Réduisent le temps que la famille peut consacrer au travail ou aux activités					
4	Causent des querelles familiales					
5	Isolent la famille des amis et nuisent aux activités sociales					
6	Empêchent la famille de s'amuser ensemble					
7	Rendent le rôle de parent plus difficile					
8	Empêchent de donner autant d'attention à tous les membres de la famille					
9	Déclenchent des coups ou des cris à son endroit					
10	Entraînent des dépenses additionnelles					
B	ÉCOLE					
	Apprentissage					
1	Causent des retards dans les devoirs et les leçons					
2	Augmentent le besoin d'assistance à l'école					
3	Obligent à obtenir de l'aide pour les études (tutorat)					
4	A des notes inférieures à son potentiel					
	Comportement					
1	Causent des problèmes pour l'enseignant(e) en classe					
2	Doit être mis à l'écart ou retiré de la classe					
3	Présente des problèmes dans la cours d'école					
4	A des retenues pendant ou après les classes					
5	A été suspendu ou expulsé de l'école					
6	S'absente de ses cours ou arrive en retard					
C	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéos					
2	Problèmes d'hygiène personnelle (se laver, se brosser les dents, se peigner, prendre un bain, etc.)					
3	Difficulté à se préparer à temps pour l'école					
4	Difficulté à se préparer au coucher					
5	Problèmes de nutrition (enfant capricieux ou adepte de la malbouffe)					
6	Troubles du sommeil					
7	Accident ou blessure					

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
8	Inactivité physique					
9	Besoin plus grand de soins médicaux					
10	Difficulté à prendre des médicaments, à recevoir des injections ou à aller chez le médecin ou le dentiste					
D	CONCEPT DE SOI (ENFANT)					
1	A une mauvaise perception de lui-même (d'elle-même)					
2	N'éprouve pas assez de plaisir dans la vie					
3	Est insatisfait(e) de sa vie					
E	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1	Est ridiculisé(e) ou rudoyé(e) par d'autres enfants					
2	Ridiculise ou rudoie d'autres enfants					
3	Ne s'entend pas bien avec les autres					
4	A de la difficulté à participer aux activités parascolaires (sports, musique, clubs)					
5	A de la difficulté à se faire de nouveaux amis					
6	A de la difficulté à conserver ses amis					
7	A des difficultés reliées aux fêtes d'enfant (elle/il n'est pas invité; elle/il refuse d'y assister; elle/il se conduit mal)					
F	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1	Se laisse facilement influencer par ses camarades					
2	Détruit ou endommage des objets					
3	Pose des gestes illicites					
4	A des ennuis avec la police					
5	Fume la cigarette					
6	Consomme des drogues illicites					
7	A des comportements dangereux					
8	Agresse autrui					
9	Tient des propos blessants ou inappropriés					
10	A un comportement sexuel inapproprié					

Nombre d'énoncés notés 2 ou 3

A	Famill	Famille			/
B	École	Apprentissage			/
		Comportement			/
C	Aptitudes à la vie quotidienne				/
D	Self-concept				/
E	Fonctionnement social				/
F	Comportements à risque				/
	Total				/

Pointage total

A	Famille		/
B	École	Apprentissage	/
		Comportement	/
C	Aptitudes à la vie quotidienne		/
D	Self-concept		/
E	Fonctionnement social		/
F	Comportements à risque		/
	Total		/

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

A	Famille	
B	École	Apprentissage
		Comportement
C	Aptitudes à la vie quotidienne	
D	Self-concept	
E	Fonctionnement social	
F	Comportements à risque	
	Total	

© Cette 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'auteure. 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.