

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** ?*

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

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

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

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

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

COMMENTAIRES :



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'IRDQP

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

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



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



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 : _____



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 :



WEISS SYMPTOM RECORD II

PATIENT : _____

RÉPONDANT : _____

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>
INATTENTION SCORE MOYEN _____					
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)					
HYPERACTIVITÉ ET IMPULSIVITÉ SCORE MOYEN _____					
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					
OPPOSITION SCORE MOYEN _____					
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>
DÉVELOPPEMENT ET APPRENTISSAGE SCORE MOYEN _____					
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					
SPECTRE AUTISTIQUE SCORE MOYEN _____					
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					
TROUBLES MOTEURS SCORE MOYEN _____					
Émettre des bruits répétitifs (renflements, dégagement de gorge)					
Faire des mouvements répétitifs (cligner des yeux, hausser les épaules)					
Être maladroit					
PSYCHOSE SCORE MOYEN _____					
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)					
DÉPRESSION SCORE MOYEN _____					
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>
RÉGULATION DE L'HUMEUR 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					
SUICIDE SCORE MOYEN _____					
Avoir des idées suicidaires					
Avoir fait une/des tentative(s) de suicide ou un plan suicidaire					
ANXIÉTÉ 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					
TROUBLES RELIÉS AU STRESS 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					
TSPT SCORE MOYEN _____					
Présenter des flash-back ou des cauchemars					
Éviter					
Avoir des pensées intrusives d'événements traumatiques					
SOMMEIL 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>
ALIMENTATION SCORE MOYEN _____					
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					
CONDUITE SCORE MOYEN _____					
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					
ABUS DE SUBSTANCES SCORE MOYEN _____					
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)					
DÉPENDANCES SCORE MOYEN _____					
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
PERSONNALITÉ SCORE MOYEN _____					
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					
AUTRES (veuillez indiquer toute autre difficulté) SCORE MOYEN _____					

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 si vous désirez afficher l'échelle sur Internet, l'utiliser dans une recherche ou si vous voulez la traduire.

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

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			