

## Portfolio FOCUS Enfant et Adolescent

### Partie C : Inventaire des symptômes du TDAH

#### Questionnaire à faire remplir par l'adolescent (si possible). 14 ans et +

\*\*\*\*\*

*Afin de permettre une compréhension plus globale de la situation, le professionnel qui évalue l'enfant a besoin de connaître certains éléments selon, en autant que possible, la perception de ses parents et, dans certains cas, les observations d'autres personnes qui le connaissent bien. Lorsqu'il s'agit d'un adolescent, obtenir son point de vue est précieux.*

*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 tiré du **Weiss Symptom Record-2 (WSR-2)**, disponible dans la e-trousse de CADDRA (caddra.ca). Il peut être complété par l'adolescent lui-même ou un proche qui le 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 l'adolescent :**

Afin de permettre une compréhension plus globale de ta situation, le professionnel qui t'évalue a besoin de connaître certains éléments selon ton point de vue, celui de tes parents et, dans certains cas, celui d'autres personnes qui te connaissent bien.

Ton opinion est très importante.

Dans le questionnaire suivant, des questions te sont posées sur ton fonctionnement selon différentes situations.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Si tu n'es pas sûr(e) de la réponse, choisis la première qui te vient à l'esprit. Chaque item est moins important que le portrait global.

*Merci de ta participation !*

## Inventaire des symptômes du TDAH

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 :*





## Pour enfants en garde partagée

Si les réponses diffèrent selon le milieu de vie, veuillez l'indiquer s'il vous plaît

# Portfolio FOCUS Enfant et Adolescent

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

### À FAIRE REMPLIR PAR LE(LES) PARENT(S)

#### 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.*

*Veuillez noter que le terme enfant utilisé dans ce texte correspond à un jeune de 0 à 17 ans.*

*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.*

*Selon la situation de votre enfant, veuillez aussi vous assurer de faire remplir un des deux documents suivants (disponibles sur cliniquefocus.com, section Portfolio):*

- *Portfolio FOCUS - Observations de la GARDERIE*
- *Portfolio FOCUS - Observations de l'ÉCOLE*

\*\*\*\*\*  
*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 des parents et de l'enfant face à la consultation :**

(Optionnel) L'enfant est référé par : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

### ENFANT POUR LEQUEL LA DÉMARCHE DE CONSULTATION A LIEU

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/année) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Âge actuel : \_\_\_\_\_

Sexe :  H  F

Langue(s) parlée(s) à la maison : \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) au service de garde ou à l'école : \_\_\_\_\_

### Mère

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire complété : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/année) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Âge actuel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : domicile ( \_\_\_ ) \_\_\_ - \_\_\_\_\_ cellulaire : ( \_\_\_ ) \_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Père

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire complété : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/année) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Âge actuel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : domicile ( \_\_\_ ) \_\_\_ - \_\_\_\_\_ cellulaire : ( \_\_\_ ) \_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Personne à contacter pour la démarche :

mère  père  autre (préciser le lien avec l'enfant) : \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques de jour : ( \_\_\_ ) \_\_\_ - \_\_\_\_\_ courriel \_\_\_\_\_



## CONTEXTE – MILIEU FAMILIAL

**L'enfant... cocher tout ce qui correspond à la situation:**

- Famille traditionnelle (vit avec ses deux parents biologiques)
- Parents séparés. Date de la séparation (jj/mm/année) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
- Modalité de garde
- Vit en garde partagée;
- Fréquence chez la mère : \_\_\_\_\_ chez le père : \_\_\_\_\_
- Vit en garde exclusive avec un de ses parents  Mère  Père
- Famille recomposée côté maternel
- Famille recomposée côté paternel
- Vit en famille d'accueil ou ressource d'hébergement
- Nom de la personne responsable \_\_\_\_\_
- Téléphone de jour : ( \_\_\_ ) \_\_\_ - \_\_\_\_\_ courriel \_\_\_\_\_
- 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)*

### COMMENTAIRES



## FONCTIONNEMENT À LA MAISON

Comment qualifieriez-vous le fonctionnement de votre enfant à la maison en général ?

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

À la maison, décrire le comportement de l'enfant

(exemple : autonome, calme, inattentif, fatigué, agité, maux de tête, opposant) :

---

Qui l'aide pour ses routines du matin et du soir?

---

Comment l'enfant réagit-il face à la discipline?

---

Comment l'enfant réagit-il face aux changements de routine?

---

## STRESSEURS

Cocher ici si l'enfant ou d'autres membres de la famille ont 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**

---

---

---

---

---

---

---





## CONTEXTE – MILIEU DE GARDE OU ÉCOLE

**NE FRÉQUENTE AUCUN SERVICE DE GARDE OU ÉCOLE**

**A FRÉQUENTÉ ou FRÉQUENTE un SERVICE DE GARDE**

Âge d'entrée : \_\_\_\_\_

Âge de sortie: \_\_\_\_\_

### GARDERIE / CENTRE DE LA PETITE ENFANCE

Nom de la garderie / du centre de la petite enfance : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de la garderie : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nom de l'éducatrice/éducateur : \_\_\_\_\_

Cette personne est informée de votre démarche de consultation  Oui  Non

Fréquentation : nombre de jour(s) \_\_\_\_ / semaine

**FRÉQUENTE L'ÉCOLE**

Nom de l'école: \_\_\_\_\_

Téléphone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Niveau académique : \_\_\_\_\_

Programme régulier

Anglais intensif  Sports-étude  International  Cheminement particulier

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

Cette personne est informée de votre démarche de consultation  Oui  Non

## COMMENTAIRES



## FONCTIONNEMENT EN MILIEU DE GARDE OU À L'ÉCOLE

- Rien à signaler
- A reçu ou reçoit des services complémentaires à l'école ou en service de garde
  - Éducation spécialisée       Psychoéducation
  - Orthopédagogie       Orthophonie       Psychologie
  - Autre : \_\_\_\_\_

Quelle est l'attitude de votre enfant face au service de garde ou à l'école ou les services complémentaires?

Si applicable :

Matières scolaires les plus faciles : \_\_\_\_\_

Matières scolaires les plus difficiles : \_\_\_\_\_

***Cocher tout ce qui correspond à la situation de l'enfant concernant la vie en milieu de garde ou scolaire***

### Détails

- Fréquente ou a déjà fréquenté la garderie et/ou la prématernelle. \_\_\_\_\_
- 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 enfants. \_\_\_\_\_
- Fait ou a déjà fait des crises nécessitant une intervention particulière. \_\_\_\_\_
- A de la difficulté à l'école. \_\_\_\_\_
- A changé d'école depuis son entrée au primaire. \_\_\_\_\_
- A déjà repris une année scolaire. \_\_\_\_\_



## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

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

### Diagnostic suspecté ou connu

- Troubles cardiaques graves (Ex. : infarctus, insuff. cardiaque)
- Mort subite avant 50 ans
- Perte de conscience inexplicée
- 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 l'enfant ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---







## 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 votre enfant a 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 : \_\_\_\_\_
- Pédopsychiatrie 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	_____	_____	_____

**L'enfant... cocher tout ce qui correspond à la situation:**

- A ou a eu des services  au CLSC  au CRDI  à l'IRD PQ
- A été évalué en milieu de garde ou scolaire  A ou a eu un plan d'intervention
- A ou a fait une psychothérapie Année : \_\_\_\_\_ psychothérapeute: \_\_\_\_\_





## HABITUDES DE VIE

### ACTIVITÉS / LOISIRS

Intérêts, jeux préférés: \_\_\_\_\_

Fait partie d'un groupe social particulier (scouts/cadets/club/équipe et autres): \_\_\_\_\_

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

Raisonnable, sans excès ni impacts fonctionnels

Pourrait être excessif, mais actuellement contrôlé par une supervision parentale

Excessif (ex. : plus de 2h / jour ; avec impacts fonctionnels pour l'enfant ou la vie familiale)

Détails : \_\_\_\_\_

### ACTIVITÉ PHYSIQUE

Sédentaire  Actif Détails : \_\_\_\_\_

### ALIMENTATION

**Cocher tout ce qui correspond à la situation de l'enfant**

**Détails**

Aucun problème concernant l'alimentation

\_\_\_\_\_

Difficultés à passer des purées aux aliments solides

\_\_\_\_\_

Prend un temps excessif pour manger

\_\_\_\_\_

Préoccupation excessive par rapport au poids ou à l'alimentation

\_\_\_\_\_

Perte ou prise de poids significative

\_\_\_\_\_

Appétit réduit en général, mais croissance normale

\_\_\_\_\_

Réduction d'appétit en lien avec la prise d'une médication

\_\_\_\_\_

Ralentissement de la courbe de croissance en lien avec le manque d'apport alimentaire

\_\_\_\_\_

Difficulté à avaler des comprimés

\_\_\_\_\_

Prise de suppléments alimentaires en raison d'un problème nutritionnel

\_\_\_\_\_

*Mentionner si présent*

\_\_\_\_\_

à la maison  en service de garde  à l'école

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_









# Parent #1



Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

## Weiss Symptom Record (WSR) (version française - non validée)

<i>Consignes au répondant: Cochez la case qui s'applique le mieux au comportement décrit. Consignes au médecin: les symptômes notés 2 ou 3 sont positifs et calculez le total.</i>	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	# items notés 2 ou 3 (Critères DSM)
<b>TDH COMBINÉ 314.01</b>						≥6/9 IA & HI
<b>INATTENTION 314.00</b>						
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						/9 (≥6/9)
<b>HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01</b>						
S'agite ou bouge sur son siège						
A de la difficulté à rester en place ou assis						
A la bougeotte						
A de la misère 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 misère à attendre son tour						
A tendance à interrompre ou à déranger les autres						/9 (≥6/9)
<b>TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81</b>						
Perd le contrôle de ses humeurs						
Argumente avec les adultes						
Est défiant ou refuse de suivre les consignes						
Embête les autres délibérément						
Blâme les autres plutôt que lui-même						
Est susceptible						
Est colérique ou rancunier						
Est méchant ou cherche à se venger						/8 (≥4/8)

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
<b>TICS 307.2</b>						<b>SÉVÉRITÉ</b>
Mouvements involontaires répétés (clignement des yeux, contraction musculaire)						
Sons involontaires répétitifs (raclement de la gorge, reniflement)						
<b>TROUBLE DES CONDUITES 312.8</b>						
Intimide ou menace les autres						
Débute des altercations physiques						
A utilisé une arme (bâton, brique, bouteille, couteau, fusil)						
Est cruel envers les personnes						
Est cruel envers les animaux						
A volé la personne qu'il confrontait						
A forcé une personne à une activité sexuelle						
Met le feu avec l'intention de causer des dommages						
Détruit les biens des autres						
S'est introduit dans une maison, un immeuble ou une auto						
Ment pour obtenir ce qu'il veut ou éviter des responsabilités						
Vole des biens sans valeur et sans confronter la victime						
Ne rentre pas le soir malgré couvre-feu						
A fugué la nuit au moins à deux reprises						
S'absente de l'école ou du travail						/15(≥3/15)
<b>ANXIÉTÉ</b>						
Se tracasse concernant la santé, les êtres aimés, les catastrophes						300.02
Incapable de relaxer, est nerveux						300.81
Se plaint de douleurs chroniques inexplicables						300.3
Ne peut se départir de pensées étranges						
Fait la même chose plusieurs fois de suite						300.01
Attaques de panique soudaines avec anxiété intense						300.23
Extrêmement timide						
Refuse de faire des choses devant les autres						309.21
Refuse d'aller à l'école, au travail ou de se séparer des autres						300.29
Peurs irrationnelles qui interfèrent avec activités						312.39
Tire ses cheveux, sourcils						
Ronge ses ongles						
Refuse de parler en public, mais parle à la maison						mutisme
<b>DÉPRESSION 296.2(simple) .3(récurrente)</b>						
Se sent triste, malheureux ou dépressif	Oui		Non			Doit être présent
A perdu l'intérêt, est démotivé	Oui		Non			Doit être présent
Se sent sans valeur						
A moins d'énergie et est moins productif						
Est sans espoir et pessimiste envers le futur						
Sentiment de culpabilité excessif ou auto-accusation exagérée						
A des pensées d'automutuation ou de suicide						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
<b>DÉPRESSION (suite)</b>						<b>SÉVÉRITÉ</b>
Retrait social						
Perte ou gain de poids significatif						
A un changement dans son sommeil						≥5/9>2sem
Agité ou léthargique, ralenti						
Présente un changement dans sa concentration						
Tentatives de suicide	#		Sérieux			
<b>MANIE 296.0(maniaque) .6(mixtes) .5(dépressif)222</b>						
A des variations importantes d'humeur		Oui	Non		Doit être présent	
Augmentation soudaine de l'estime de soi						
Baisse du besoin de sommeil						
Pensées rapides						
Parle trop et discours semble fait sous pression						
Augmentation soudaine de motivation, agité						≥3 > 1 sem
Activités à haut risque (dépense beaucoup, promiscuité)						/3 (≥3)
<b>HABILETÉS SOCIALES 299</b>						
Ne maintient pas de contact visuel ou utilise un langage corporel étrange						
A de la misère à se faire des amis						
Difficulté à partager spontanément les émotions positives						
A de la misère à se connecter au plan émotif						
Retard de langage ou absence de communication linguistique						
A des problèmes de communication						
Parle d'une voix bizarre (sans tonalité ou monotone)						
Sa pensée est concrète, son abstraction est pauvre						
Idées fixes intenses dans un champ d'intérêt						
Routines ou rituels rigides même si non fonctionnels						
Préoccupé par des objets ou des parties d'objet						
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains, tourner en rond)						
<b>PSYCHOSE 295</b>						
A des idées bizarres, désorganisées						
Entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas là						
Convaincu que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal						
Croit qu'il peut lire dans les pensées ou vice versa						
A l'impression que la télévision parle spécifiquement de lui						
A une idée fixe en dehors de la réalité						
Ses idées s'entremêlent de façon illogique						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
<b>ABUS DE SUBSTANCE</b>						<b>SÉVÉRITÉ</b>
Prend de l'alcool en excès (>2 verres/jr, >4 verres à la fois)						
Fume la cigarette						
Utilise quotidiennement de la marijuana						
Utilise d'autres drogues						
Fait abus de médicaments sous prescription						
<b>TROUBLE DU SOMMEIL 307.4</b>						
Agité ou léthargique, au ralenti						
A de la misère à s'endormir						
A de la misère à rester endormi						
A un profil de sommeil anormal pendant le jour						
S'endort sans avertissement de jour						
Fait du somnambulisme						
Fait des cauchemars						
S'endort tard et se réveille tard						
Changements quotidiens d'horaire de sommeil						
Ronflement excessif						
Sentiment de jambes sans repos tout en essayant de s'endormir						
Donne des coups de pied brusques pendant le sommeil						
A de la difficulté à respirer pendant le sommeil						
<b>TROUBLE D'ÉLIMINATION</b>						
Ne peut contrôler sa miction pendant la nuit (urine dans le lit)						
Ne peut contrôler sa miction pendant le jour (dans ses vêtements)						
A de l'incontinence, salit ses sous-vêtements						
<b>TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES 307</b>						
Vomit après les repas ou mange par excès						
Sous son poids santé et refuse de manger						
A une image déformée de son corps						
Est difficile/capricieux pour la nourriture						
Mange beaucoup de malbouffe						
<b>TROUBLE D'APPRENTISSAGE 315</b>						
Retard de langage expressif						
Bégaiement						
A de la difficulté à articuler						
Performe sous la moyenne en lecture						
Performe sous la moyenne en mathématiques						
A de la difficulté à écrire (malpropre, évite d'écrire)						
Performance scolaire variable						
Performe sous son potentiel à l'école						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
<b>TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION</b>						<b>SÉVÉRITÉ</b>
Difficulté avec la motricité globale (par ex. gym, sports, bicyclette)						
Est maladroit						
Difficulté avec la motricité fine (boutons, lacets, couper)						
<b>PERSONNALITÉ</b>						
Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles						
Peur de l'abandon						
Idées suicidaires récurrentes ou tentatives de suicide						
Colères intenses						
Changements majeurs d'humeur						
Comportement autodestructeur ou s'inflige des blessures						
A une image de soi ou identité fragile						
Se sent vide à l'intérieur						
Réagit au stress par dissociation ou paranoïa transitoire						/9 (≥5/9)
Est centré sur lui-même, impression que «tout lui est dû»						301.81
Trompeur, agressif ou absence de remords						301.7
<b>COMMENTAIRES:</b>						

TDAH = Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; IA = sous-type inattention prédominant; HI = sous-type hyperactivité-impulsivité prédominant; TP limite = Trouble de personnalité limite; TPN = trouble de personnalité narcissique; TPAS = Trouble de personnalité antisociale.

Réimprimé avec la permission du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, (Copyright 2000). American Psychiatric Association.

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

# Parent #1

Portfolío FOCUS Enfant et Adolescent

## SNAP-IV 26

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

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Niveau scolaire: \_\_\_\_\_ Taille de la classe: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Complété par : \_\_\_\_\_  Mère  Père  Professeur

<b>Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux.				
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).				



**CLINIQUE FOCUS**

[cliniquefocus.com](http://cliniquefocus.com) / [attentiondeficit-info.com](mailto:attentiondeficit-info.com)

Développé par Clinique FOCUS sous la coordination de Dre Annick Vincent, révision mai 2020

*Droits réservés. Autorisation de reproduction pour usage non commercial seulement.*



## *Commentaires - Observations*

## *Points positifs / forces:*

## *Défis :*







Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

## Weiss Symptom Record (WSR) (version française - non validée)

<i>Consignes au répondant: Cochez la case qui s'applique le mieux au comportement décrit. Consignes au médecin: les symptômes notés 2 ou 3 sont positifs et calculez le total.</i>	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	# items notés 2 ou 3 (Critères DSM)
<b>TDAH COMBINÉ 314.01</b>						≥6/9 IA & HI
<b>INATTENTION 314.00</b>						
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						/9 (≥6/9)
<b>HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01</b>						
S'agite ou bouge sur son siège						
A de la difficulté à rester en place ou assis						
A la bougeotte						
A de la misère 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 misère à attendre son tour						
A tendance à interrompre ou à déranger les autres						/9 (≥6/9)
<b>TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81</b>						
Perd le contrôle de ses humeurs						
Argumente avec les adultes						
Est défiant ou refuse de suivre les consignes						
Embête les autres délibérément						
Blâme les autres plutôt que lui-même						
Est susceptible						
Est colérique ou rancunier						
Est méchant ou cherche à se venger						/8 (≥4/8)

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
<b>TICS 307.2</b>						<b>SÉVÉRITÉ</b>
Mouvements involontaires répétés (clignement des yeux, contraction musculaire)						
Sons involontaires répétitifs (raclement de la gorge, reniflement)						
<b>TROUBLE DES CONDUITES 312.8</b>						
Intimide ou menace les autres						
Débute des altercations physiques						
A utilisé une arme (bâton, brique, bouteille, couteau, fusil)						
Est cruel envers les personnes						
Est cruel envers les animaux						
A volé la personne qu'il confrontait						
A forcé une personne à une activité sexuelle						
Met le feu avec l'intention de causer des dommages						
Détruit les biens des autres						
S'est introduit dans une maison, un immeuble ou une auto						
Ment pour obtenir ce qu'il veut ou éviter des responsabilités						
Vole des biens sans valeur et sans confronter la victime						
Ne rentre pas le soir malgré couvre-feu						
A fugué la nuit au moins à deux reprises						
S'absente de l'école ou du travail						/15(≥3/15)
<b>ANXIÉTÉ</b>						
Se tracasse concernant la santé, les êtres aimés, les catastrophes						300.02
Incapable de relaxer, est nerveux						300.81
Se plaint de douleurs chroniques inexplicables						300.3
Ne peut se départir de pensées étranges						
Fait la même chose plusieurs fois de suite						300.01
Attaques de panique soudaines avec anxiété intense						300.23
Extrêmement timide						
Refuse de faire des choses devant les autres						309.21
Refuse d'aller à l'école, au travail ou de se séparer des autres						300.29
Peurs irrationnelles qui interfèrent avec activités						312.39
Tire ses cheveux, sourcils						
Ronge ses ongles						
Refuse de parler en public, mais parle à la maison						mutisme
<b>DÉPRESSION 296.2(simple) .3(récurrente)</b>						
Se sent triste, malheureux ou dépressif	Oui		Non			Doit être présent
A perdu l'intérêt, est démotivé	Oui		Non			Doit être présent
Se sent sans valeur						
A moins d'énergie et est moins productif						
Est sans espoir et pessimiste envers le futur						
Sentiment de culpabilité excessif ou auto-accusation exagérée						
A des pensées d'automutuation ou de suicide						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
<b>DÉPRESSION (suite)</b>						<b>SÉVÉRITÉ</b>
Retrait social						
Perte ou gain de poids significatif						
A un changement dans son sommeil						≥5/9>2sem
Agité ou léthargique, ralenti						
Présente un changement dans sa concentration						
Tentatives de suicide	#		Sérieux			
<b>MANIE 296.0(maniaque) .6(mixtes) .5(dépressif)222</b>						
A des variations importantes d'humeur		Oui	Non		Doit être présent	
Augmentation soudaine de l'estime de soi						
Baisse du besoin de sommeil						
Pensées rapides						
Parle trop et discours semble fait sous pression						
Augmentation soudaine de motivation, agité						≥3 > 1 sem
Activités à haut risque (dépense beaucoup, promiscuité)						/3 (≥3)
<b>HABILETÉS SOCIALES 299</b>						
Ne maintient pas de contact visuel ou utilise un langage corporel étrange						
A de la misère à se faire des amis						
Difficulté à partager spontanément les émotions positives						
A de la misère à se connecter au plan émotif						
Retard de langage ou absence de communication linguistique						
A des problèmes de communication						
Parle d'une voix bizarre (sans tonalité ou monotone)						
Sa pensée est concrète, son abstraction est pauvre						
Idées fixes intenses dans un champ d'intérêt						
Routines ou rituels rigides même si non fonctionnels						
Préoccupé par des objets ou des parties d'objet						
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains, tourner en rond)						
<b>PSYCHOSE 295</b>						
A des idées bizarres, désorganisées						
Entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas là						
Convaincu que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal						
Croit qu'il peut lire dans les pensées ou vice versa						
A l'impression que la télévision parle spécifiquement de lui						
A une idée fixe en dehors de la réalité						
Ses idées s'entremêlent de façon illogique						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
<b>ABUS DE SUBSTANCE</b>						<b>SÉVÉRITÉ</b>
Prend de l'alcool en excès (>2 verres/jr, >4 verres à la fois)						
Fume la cigarette						
Utilise quotidiennement de la marijuana						
Utilise d'autres drogues						
Fait abus de médicaments sous prescription						
<b>TROUBLE DU SOMMEIL 307.4</b>						
Agité ou léthargique, au ralenti						
A de la misère à s'endormir						
A de la misère à rester endormi						
A un profil de sommeil anormal pendant le jour						
S'endort sans avertissement de jour						
Fait du somnambulisme						
Fait des cauchemars						
S'endort tard et se réveille tard						
Changements quotidiens d'horaire de sommeil						
Ronflement excessif						
Sentiment de jambes sans repos tout en essayant de s'endormir						
Donne des coups de pied brusques pendant le sommeil						
A de la difficulté à respirer pendant le sommeil						
<b>TROUBLE D'ÉLIMINATION</b>						
Ne peut contrôler sa miction pendant la nuit (urine dans le lit)						
Ne peut contrôler sa miction pendant le jour (dans ses vêtements)						
A de l'incontinence, salit ses sous-vêtements						
<b>TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES 307</b>						
Vomit après les repas ou mange par excès						
Sous son poids santé et refuse de manger						
A une image déformée de son corps						
Est difficile/capricieux pour la nourriture						
Mange beaucoup de malbouffe						
<b>TROUBLE D'APPRENTISSAGE 315</b>						
Retard de langage expressif						
Bégaiement						
A de la difficulté à articuler						
Performe sous la moyenne en lecture						
Performe sous la moyenne en mathématiques						
A de la difficulté à écrire (malpropre, évite d'écrire)						
Performance scolaire variable						
Performe sous son potentiel à l'école						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
<b>TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION</b>						<b>SÉVÉRITÉ</b>
Difficulté avec la motricité globale (par ex. gym, sports, bicyclette)						
Est maladroit						
Difficulté avec la motricité fine (boutons, lacets, couper)						
<b>PERSONNALITÉ</b>						
Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles						
Peur de l'abandon						
Idées suicidaires récurrentes ou tentatives de suicide						
Colères intenses						
Changements majeurs d'humeur						
Comportement autodestructeur ou s'inflige des blessures						
A une image de soi ou identité fragile						
Se sent vide à l'intérieur						
Réagit au stress par dissociation ou paranoïa transitoire						/9 (≥5/9)
Est centré sur lui-même, impression que «tout lui est dû»						301.81
Trompeur, agressif ou absence de remords						301.7
<b>COMMENTAIRES:</b>						

TDAH = Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; IA = sous-type inattention prédominant; HI = sous-type hyperactivité-impulsivité prédominant; TP limite = Trouble de personnalité limite; TPN = trouble de personnalité narcissique; TPAS = Trouble de personnalité antisociale.

Réimprimé avec la permission du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, (Copyright 2000). American Psychiatric Association.

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

# Parent #2

Portfolío FOCUS Enfant et Adolescent

## SNAP-IV 26

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

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Niveau scolaire: \_\_\_\_\_ Taille de la classe: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Complété par : \_\_\_\_\_  Mère  Père  Professeur

<b>Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux.				
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).				



**CLINIQUE FOCUS**

[cliniquefocus.com](http://cliniquefocus.com) / [attentiondeficit-info.com](mailto:attentiondeficit-info.com)

Développé par Clinique FOCUS sous la coordination de Dre Annick Vincent, révision mai 2020

Droits réservés. Autorisation de reproduction pour usage non commercial seulement.



## *Commentaires - Observations*

## *Points positifs / forces:*

## *Défis :*





# SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE 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:

Professeur

Autres

For each item, check the column which best describes this child.	Not at all	Just a little	Quite a bit	Very much
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)				



Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ No de dossier \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant

Nom de l'étudiant: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

École: \_\_\_\_\_ Niveau: \_\_\_\_\_

Nom de la personne qui a complété ce formulaire: \_\_\_\_\_ Complété le: \_\_\_\_\_

Depuis quand connaissez-vous l'étudiant: \_\_\_\_\_ Nombre d'heures avec l'étudiant par jour: \_\_\_\_\_

Statut pédagogique de l'étudiant: \_\_\_\_\_ Aucun

Est-ce que l'enfant a actuellement un plan d'intervention à l'école?: Oui Non

RENDEMENT SCOLAIRE	Sous niveau scolaire	Très peu sous niveau scolaire	Même niveau scolaire	Un peu au-dessus	Bien au-dessus	Ne s'applique pas
<b>LECTURE</b>						
a) Décodage						
b) Compréhension						
c) Maîtrise						
<b>ÉCRITURE</b>						
d) Écriture (manuscrite)						
e) Orthographe						
f) Syntaxe (phrase écrite)						
g) Composition (texte)						
<b>MATHÉMATIQUES</b>						
h) Calcul (précision)						
i) Calcul (maîtrise)						
j) Raisonnement						
<b>PERFORMANCE COMPORTEMENTALE EN CLASSE</b>	<b>Pauvre</b>	<b>Sous la moyenne</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Au-dessus de la moyenne</b>	<b>Supérieure</b>	<b>Ne s'applique pas</b>
Suit instructions/directives						
Sens de l'organisation						
Termine devoirs/projets						
Relations avec ses pairs						
Comportement en classe						

# Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant

**Forces:** Quelles sont les plus grandes forces de l'étudiant?

**Plan d'intervention à l'école:** Si l'enfant a un plan d'intervention, quelles sont les recommandations principales?

**Accommodements:** Quels accommodements sont utilisés pour aider l'étudiant en classe? Sont-ils efficaces?

**Directives données à toute la classe:** Comment l'étudiant gère-t-il/elle les directives données à un grand groupe? Suit-il/elle bien les directives? Peut-il/elle attendre son tour pour répondre? Se démarque-t-il/elle des ses pairs de même sexe? Si oui, de quelle façon?

**Travail individuel assis:** Comment l'étudiant gère-t-il/elle son attention et son comportement pendant la période des projets individuels en classe? Les projets sont-ils généralement complétés? Se démarque-t-il/elle des ses pairs de même sexe? Si oui, de quelle façon?

**Transitions** - Comment l'étudiant gère-t-il/elle les transitions telles que sortir et rentrer de la récréation, changer de classes ou d'activités? Suit-il/elle bien les routines? Combien de supervision ou de rappels a-t-il/elle besoin?

**Interactions sociales** – Comment l'étudiant s'entend-il/elle avec les autres? Est-ce que d'autres veulent jouer avec il/elle? Commence-t-il/elle avec succès à jouer?

**Conflit et agression** – Est-il/elle souvent en conflit avec des adultes ou ses pairs? Comment résout-il/elle des arguments? Est-ce un étudiant agressif verbalement ou physiquement? Est-il/elle la cible d'agressions verbales ou physiques par des pairs?

**Habiletés scolaires** – Nous aimerions connaître les habiletés générales et celles scolaires de l'étudiant. Est-ce que l'étudiant semble apprendre au même niveau (vitesse) que les autres? Est-ce que l'étudiant semble avoir des difficultés spécifiques d'apprentissage?

**Habiletés d'autonomie personnelle, indépendance, résolution de problèmes, activités quotidiennes:**

**Motricité (globale/fine):** L'étudiant a-t-il/elle des difficultés avec des activités d'éducation physique, les sports, l'écriture? Si oui, veuillez fournir des détails

**Expression écrite:** L'étudiant a-t-il/elle des difficultés à écrire ce qu'il/elle pense? Si oui, veuillez fournir des détails:

**Préoccupation principale:** Quelles sont vos principales préoccupations/inquiétudes pour l'étudiant? Depuis combien de temps est-ce une préoccupation pour vous?

**Impact sur l'enfant:** Jusqu'à quel degré ses difficultés dérangent-elles l'étudiant? Ou vous et les autres étudiants?

**Impact en classe** Est-ce qu'il vous en est plus difficile d'enseigner aux autres étudiants de la classe:

**Médicaments:** Si l'étudiant est sous médication, avez-vous des commentaires à faire sur les différences observées lorsqu'il/elle est sous médication et lorsqu'il/ elle est sans médication?

**Collaboration des parents:** Quelle a été la participation des parents?

**L'apprentissage de l'étudiant est-il/elle affecté par des problèmes d'attention et/ou d'hyperactivité? Qu'en est-il de ses relations avec ses pairs?**

**Est-ce que l'étudiant a eu des difficultés particulières avec ses devoirs ou la remise de projets?**

**Avez-vous des commentaires à ajouter? N'hésitez pas à contacter avec nous si vous en ressentez le besoin lors de cette évaluation.**