

Chef de Service

Dr J. NGUYEN
RPPS : 10003683397

Praticiens Hospitaliers

Dr G. CADET
RPPS : 10100510139

Dr B. DESSE
RPPS 10100408094

Dr C. MENEGUZ BLEUSE
RPPS : 10003296976

Dr O. PINCEMAILLE
RPPS : 10003918066

Assistant Spécialiste

Dr J. DESMONTILS
RPPS : 10100809838

Praticiens Attachés

Professeur J. BREAUD
Chirurgie Pédiatrique
RPPS : 10003432175

Dr H. HOSNI
Pédo-Psychiatrie
RPPS 10003416103

Dr T. HUBICHE
Dermatologie Pédiatrique
RPPS : 10002827441

Dr N. VANDENBULCKE
Troubles cognitifs et des
apprentissages
RPPS : 10002328986

Cadre de santé

Mme P. MEUNIER

Psychologue

Mme F. TARTAVEL

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez un avis dans le service en raison de « Troubles cognitifs et des Apprentissages » pour votre enfant.

Afin d'évaluer au mieux votre demande et les suites à y donner, nous vous invitons à nous transmettre **l'ensemble** des éléments suivants :

- « Fiche de liaison médicale » complétée par le médecin qui vous adresse au cours d'une consultation dédiée. Ce document est **obligatoire** pour l'étude de votre demande,
- « Questionnaire famille » et les « Questionnaires de Poulin » complétés par vos soins,
- Copie des documents relatifs aux difficultés rencontrées :
 - Comptes-rendus des bilans sensoriels (ophtalmologie, audiométrie),
 - Comptes-rendus des bilans paramédicaux déjà réalisés : orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, orthoptie, etc.,
 - Comptes-rendus d'évaluation intellectuelle (WPPSI, WISC, NEMI, ou KABC) et/ou d'évaluation neuropsychologique (fonctions attentionnelles, fonctions exécutives,...),
 - Documents scolaires : bulletins ou livrets de l'année en cours et de l'année précédente, comptes-rendus des réunions d'équipe éducative, GEVA-sco,
 - Documents MDPH si votre enfant est connu de cet organisme et bénéficie de mesures de compensation (PPS, AAEH, Aide humaine).

Vous pouvez à votre convenance déposer votre **dossier complet** au secrétariat du service ou l'envoyer par voie postale à l'adresse suivante :

HOPITAL DE GRASSE
SECRETARIAT DE PEDIATRIE
BP 53149
06135 GRASSE CEDEX

Après étude des éléments que vous nous avez transmis, si la situation de votre enfant nécessite des évaluations complémentaires ou une consultation médicale spécialisée, nous vous proposerons un rendez-vous. Dans le cas contraire, nous vous réorienterons vers votre médecin traitant après un entretien-conseil téléphonique.

Dans l'attente du dossier de votre enfant, recevez, Madame, Monsieur, nos salutations.

L'équipe *Unité de Bilan des Troubles cognitifs et des Apprentissages*

UNITE DE BILAN DES TROUBLES COGNITIFS ET DES APPRENTISSAGES

- FICHE DE LIAISON MEDICALE –

A compléter par le médecin traitant de l'enfant

Madame, Monsieur, Cher Confrère,

Afin d'examiner au mieux votre demande concernant la situation de votre patient, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir renseigner cette fiche de liaison.

Avec nos remerciements, l'équipe Unité de Bilan des Troubles Cognitifs et des Apprentissages.

PATIENT CONCERNE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ___/___/___

Nom de la mère :

Nom du père :

MOTIF(S) DE LA DEMANDE D'AVIS

- Etablir/Affiner un diagnostic
- Etablir/Affiner un plan de soins
- Définir les aménagements à mettre en œuvre/à poursuivre en milieu scolaire

Précisions éventuelles :

DERNIERS BILANS SENSORIELS

Les évaluations sensorielles sont des pré-requis indispensables à tout avis

Bilan ophtalmologique

Date : ___/___/___

Résultats :

Correction optique : oui non

Bilan orthoptique

Date : ___/___/___

Résultats :

Bilan audiométrique

Date : ___/___/___

Résultats :

SELON VOUS LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR VOTRE PATIENT CONCERNENT :

Le langage oral

Un bilan orthophonique a-t-il été réalisé ? Oui Non

A quelle date ? ___/___/____

Compte-rendu reçu ? Oui Non

Soins mis en place ? Oui Non

La lecture / l'orthographe

Un bilan orthophonique a-t-il été réalisé ? Oui Non

A quelle date ? ___/___/____

Compte-rendu reçu ? Oui Non

Soins mis en place ? Oui Non

Les mathématiques

Un bilan orthophonique a-t-il été réalisé ? Oui Non

A quelle date ? ___/___/____

Compte-rendu reçu ? Oui Non

Soins mis en place ? Oui Non

L'efficience intellectuelle / les capacités globales

Un bilan psychologique/neuropsychologique (WPPSI, WISC) a-t-il été réalisé ? Oui Non

A quelle date ? ___/___/____

Compte-rendu reçu ? Oui Non

Soins mis en place ? Oui Non

L'attention / concentration

Un bilan neuropsychologique a-t-il été réalisé ? Oui Non

A quelle date ? ___/___/____

Compte-rendu reçu ? Oui Non

Soins mis en place ? Oui Non

L'écriture / les compétences motrices

Un bilan a-t-il été réalisé en psychomotricité ou ergothérapie ? Oui Non

A quelle date ? ___/___/____

Compte-rendu reçu ? Oui Non

Soins mis en place ? Oui Non

Le comportement

Une consultation spécialisée a-t-elle été réalisée ? Oui Non

A quelle date ? ___/___/____

Compte-rendu reçu ? Oui Non

Soins mis en en place ? Oui Non

Les interactions sociales

Une consultation spécialisée a-t-elle été réalisée ? Oui Non

A quelle date ? ___/___/____

Compte-rendu reçu ? Oui Non

Soins mis en en place ? Oui Non

UNITE DE BILAN DES TROUBLES COGNITIFS ET DES APPRENTISSAGES
- QUESTIONNAIRE FAMILLE -
A compléter par les parents

Madame, Monsieur,

Pour nous permettre de répondre au mieux à vos attentes, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre à toutes les questions de ce document.

Si vous souhaitez nous apporter des informations supplémentaires, n'hésitez pas à les inscrire au dos de la feuille ou sur papier libre.

Avec nos remerciements, l'équipe Unité de Bilans des Troubles Cognitifs et des Apprentissages.

VOTRE ENFANT

NOM :
Prénom :
Né(e) le :

Photo

SA FAMILLE

Situation maritale des parents :

- Mariés ou vivant maritalement
- Divorcés, séparés (préciser le mode de garde) :
- Célibataire
- Autre

Père :

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Adresse :

Mère :

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Adresse :

Profession :

Profession :

	Prénom	Né(e) le	Type de difficultés scolaires ou d'apprentissage	Niveau scolaire actuel ou Plus haut(s) diplôme(s) obtenu(s) ou profession
Père				
Mère				
Frère/sœur				

Maladies Chroniques dans la famille : Oui Non
Lesquelles ?

CONTEXTE ACTUEL

SELON VOUS COMMENT SE SITUE ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT DANS LES DOMAINES SUIVANTS

Alimentation et habitudes alimentaires

Difficultés ? Non Oui. Lesquelles ?

Sommeil

Difficultés ? Non Oui. Lesquelles ?

Autonomie quotidienne

S'habille-t-il seul ? Toujours Parfois Rarement

Fait-il seul sa toilette ? Toujours Parfois Rarement

Coupe-t-il seul ses aliments ? Toujours Parfois Rarement

Le trouvez-vous maladroit ? Souvent Parfois Rarement

Orientation dans le temps Très bonne Normale Mauvaise

Orientation dans l'espace Très bonne Normale Mauvaise

Habilités motrices globales (marcher, sauter, faire du vélo, nager...)

Très bonnes Normales Mauvaises

Motricité fine (nouer ses lacets, boutonner, découper, encastrer, se servir des couverts...)

Très bonne Normale Mauvaise

Dessin, coloriage Très bon Normal Mauvais

Ecriture : Très bonne Normale Mauvaise

Langage oral :

Langue maternelle :

Langues parlées à la maison :

Lorsque vous lui parlez, comprend-il... ? Facilement Difficilement

Structure-t-il bien ses phrases ? Oui Non

Cherche-t-il ses mots ? Oui Non

A-t-il beaucoup de vocabulaire ? Oui Non

Conjugué-t-il bien les verbes ? Oui Non

Est-il capable de raconter une histoire ? Oui Non

Est-il capable de résumer une histoire ? Oui Non

Difficultés rencontrées :

Lecture :

Son niveau de lecture est : Très Bon Normal Mauvais Non lecteur

Aime-t-il lire ? Oui Non

Comprend-t-il ce qu'il lit ? Oui Non

Son niveau en orthographe est : Très Bon Normal Mauvais

Difficultés rencontrées :

CONTEXTE ACTUEL

SELON VOUS COMMENT SE SITUE ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT DANS LES DOMAINES SUIVANTS

Mathématiques, géométrie :

Son niveau actuel est : Très Bon Normal Mauvais

Difficultés rencontrées :

Capacités d'attention

Votre enfant peut-il :

- Jouer seul un long moment ? Oui Non
- Rester longtemps sur une même activité ? Oui Non
- Mener seul une activité scolaire à son terme ? Oui Non
- Regarder un film adapté à son âge en entier ? Oui Non
- Participer à un jeu de société jusqu'au bout ? Oui Non

Comportement et relations avec les autres

Relations avec les enfants de son âge :

Très bonnes Bonnes Moyennes Mauvaises

Aptitudes à s'intégrer aux groupes :

Très bonnes Bonnes Moyennes Mauvaises

Agressivité envers les autres ? Oui Non

Est-il victime de moqueries ? Souvent Rarement Jamais

A-t-il tendance à se dévaloriser ? Souvent Rarement Jamais

SITUATION SCOLAIRE ACTUELLE

Année scolaire :

Classe :

Etablissement :

Aménagements scolaires en cours :

Aucun à votre connaissance

PAP

Enfant connu par la MDPH : Oui Non

Mesures compensatoires validées par la MDPH

PPS – Date d'échéance : ___/___/___

AESH (aide humaine) :

Quotité hebdomadaire :

Date d'échéance : ___/___/___

Matériel adapté (ordinateur par exemple)

Date échéance : ___/___/___

PARCOURS SCOLAIRE

Ecole maternelle

Année d'entrée en maternelle :

Scolarisation : Classe Ordinaire ULIS maternelle

Difficultés importantes de séparation ? Oui Non

Participation aux activités ? Très Bonne Bonne Mauvaise

Apprentissages Faciles Normaux Difficiles Impossibles

Jouait-il facilement avec les autres enfants ? Oui Non

Ecole primaire

Année d'entrée en primaire :

Scolarisation : Classe Ordinaire ULIS école

Apprentissage de la lecture : Facile Normale Difficile Impossible

Apprentissage de l'écriture : Facile Normal Difficile Impossible

Apprentissage de l'orthographe : Facile Normal Difficile Impossible

Apprentissages mathématiques (calcul, problèmes, géométrie, raisonnement) :
 Facile Normal Difficile Impossible

Proposition de redoublement et/ou redoublement : Oui Non

Quelle classe ?

Aides proposées ? (Aménagements pédagogiques, soutien scolaire, PAI, PPS, Rased...)

Oui Non

Lesquelles ?

Fait-il ses devoirs seul ? Oui Non

Si non quelle aide lui apportez-vous ?

Temps de travail chaque soir ?

Collège

Année d'entrée au collège :

Scolarisation : Classe Ordinaire SEGPA ULIS

Difficultés rencontrées ?

Dans quelles matières ?

Proposition de redoublement et/ou redoublement Oui Non

Quelle classe ?

Aides proposées ? (Aménagements pédagogiques, soutien scolaire, PAI, PPS, Rased...)

Oui Non

Lesquelles ?

Fait-il ses devoirs seul ? Oui Non

Si non quelle aide lui apportez-vous ?

Temps de travail chaque soir ?

SOINS ET REEDUCATIONS (PASSES ET ACTUELS)

Maladies Chroniques :

Non Oui. Lesquelles ?

Traitements médicamenteux en cours :

Loisirs et Activités extrascolaires régulières (en clubs, en famille,...) :

.....
.....
.....

Soins et rééducations

	<u>Soins passés</u> Dates, Fréquence, nom des professionnels	<u>Soins en cours</u> Fréquence, nom des professionnels
Orthophonie		
Psychomotricité		
Ergothérapie		
Orthoptie		
Neuropsychologie		
Accompagnement psychologique		
Prise en charge par une équipe pluridisciplinaire (CAMSP, CMP, CRA, SESSAD)		

Pour finir....

Qui vous a conseillé de constituer ce dossier ?

Pouvez-vous nous dire en quelques mots pour quels sont les motifs de votre demande (toutes les informations sont intéressantes, merci !)

Date : ___/___/___

Questionnaire complété par :

MERCI D'AVOIR REPONDU A CE QUESTIONNAIRE

**QUESTIONNAIRE
D'ÉVALUATION
pour les enfants et adolescents
avec difficulté d'attention,
agitation et problèmes de
comportement**

Instructions:

Cochez ou faites un "x" dans la case selon que vous trouvez que le comportement ou l'attitude décrit(e) s'applique ou non à l'enfant pour lequel vous compléter le questionnaire

- cochez "*ne s'applique pas*" si vous trouvez que ce que l'on décrit ne se rencontre à peu près jamais chez votre enfant ou élève

- cochez "*s'applique un peu*" si ce que l'on décrit se rencontre parfois mais pas souvent

- cochez "*s'applique modérément*" si ce que l'on décrit se rencontre en quantité ou fréquence modérée

- cochez "*s'applique beaucoup*" si ce que l'on décrit se rencontre très souvent chez l'enfant

Nom de l'enfant: _____

Date de naissance: _____ Degré scolaire: _____

Ecole: _____

Complété par: _____ parent(s)

Date: _____ enseignant

Conçu et réalisé par Pierre Poulin, pédiatre, CSSS Beauce

Peut être reproduit sans modification à des fins non commerciales. Version août 2007

Cochez "ne s'applique pas" si vous trouvez que l'enfant ne présente pas les caractéristiques de l'énoncé décrit, ou une des autres colonnes si vous trouvez que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à l'enfant ou à l'adolescent		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, ou dans d'autres activités				
2	a souvent de la difficulté à s'endormir le soir				
3	a des tics (mouvements ou bruits)				
4	a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux				
5	conteste souvent ce que disent les adultes				
6	semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement				
7	se met souvent en colère				
8	souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires ou tâches domestiques				
9	parle souvent trop				
10	est souvent anxieux ou nerveux à propos de certaines choses				
11	laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
12	a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités				
13	commence souvent les bagarres				
14	a des oublis fréquents dans la vie quotidienne				

		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
<p>Cochez "ne s'applique pas" si vous trouvez que l'enfant ne présente pas les caractéristiques de l'énoncé décrit, ou une des autres colonnes si vous trouvez que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à l'enfant ou à l'adolescent</p>					
15	est souvent fâché et plein de ressentiment				
16	s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
17	a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir				
18	est souvent "sur la brèche" (en action) ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts (ne tient pas en place)				
19	ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations				
20	paraît souvent triste ou déprimé				
21	a souvent du mal à attendre son tour				
22	interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)				
23	est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
24	fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
25	remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège				
26	embête souvent les autres délibérément				
27	se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				
28	se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis				

		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
<p>Cochez "ne s'applique pas" si vous trouvez que l'enfant ne présente pas les caractéristiques de l'énoncé décrit, ou une des autres colonnes si vous trouvez que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à l'enfant ou à l'adolescent</p>					
29	manque souvent d'appétit				
30	a délibérément détruit le bien d'autrui				
31	souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
32	perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (ex. jouets, crayons, livres, devoirs)				
33	brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes				
34	souvent se laisse facilement distraire par des stimulus (des choses qu'il voit ou entend) externes				
35	souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex. travail scolaire)				
36	a fait preuve de cruauté physique envers les animaux				

Commentaires:

Merci de votre collaboration!

A remplir par la mère de l'enfant

Nom de l'enfant _____ Date _____

Faites un crochet ou un X vis-à-vis "ne s'applique pas" si ce qui est écrit ne s'applique pas à l'enfant/adolescent, ou vis-à-vis une des autres colonnes si ce qui est écrit s'applique un peu, modérément ou beaucoup à celui-ci		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	A-t-il/elle déjà vécu un événement (attaque) où il/elle se sentait terrifié(e), anxieux(se) et où il/elle ne se sentait pas bien?				
2	Est-ce qu'il/elle s'inquiète plus que les autres personnes de son âge? À propos de quoi? _____				
3	A-t-il/elle souvent peur que quelque chose arrive à quelqu'un de son entourage?				
4	Est-ce qu'il/elle s'inquiète de façon vraiment exagérée à propos de l'école?				
5	Est-ce qu'il/elle a souvent peur d'aller se coucher seul(e) ou d'aller coucher ailleurs?				
6	A-t-il/elle souvent peur de se retrouver seul(e) dans une pièce ou d'aller seul(e) au sous-sol?				
7	Est-il/elle souvent timide et nerveux(se) avec des personnes inconnues?				
8	Est-ce qu'il/elle est souvent inconfortable s'il/elle doit répondre à des questions en classe, ou se joindre à un groupe d'enfants, ou utiliser la salle de toilettes, ou manger en présence d'autres personnes ou faire une performance publique?				
9	Est-ce qu'il/elle préfère rester seul(e) plutôt que d'aller avec des personnes qu'il/elle ne connaît pas bien?				
10	Est-ce qu'il/elle hésite souvent à téléphoner aux autres, ou à aller dans des soirées, clubs de loisirs ou activités?				
11	Est-ce qu'il/elle a une peur déraisonnée de quelque chose comme par exemple les chiens, insectes, hauteurs, ascenseurs ou dans la noirceur?				
12	Est-ce qu'il/elle a souvent peur de se trouver dans une foule, un autobus, ou d'aller dans un endroit public?				
13	Est-ce que ces peurs l'empêchent de faire des choses qu'il/elle aimerait normalement faire?				
14	Est-ce qu'il/elle s'inquiète au sujet de choses avant qu'elles n'arrivent et plus que les autres du même âge?				
15	Est-ce qu'il lui arrive de manquer de l'école ou d'autres activités à cause de maux de tête, maux de ventre ou parce qu'il/elle ne se sent pas bien?				
16	Est-ce qu'il/elle s'inquiète vraiment beaucoup et souvent de ce que les autres pensent de lui/elle?				
17	Est-ce qu'il/elle se sent souvent tendu(e), à « fleur de peau ». Est-ce qu'il est le genre à se demander souvent : ... « ...tout d'un coup que... »				
18	Fait-il/elle souvent et à répétition des gestes ou choses qui semblent « curieux », tels que toucher des choses, compter, se laver les mains à répétition, vérifier si les portes sont barrées, etc...				
19	Est-il/elle souvent ennuyé(e) par des pensées, images ou mots qui viennent dans sa tête sans raison et qu'on ne peut arrêter ou chasser, tels que la peur des microbes, de la saleté ou que quelque chose de mauvais ne survienne				

**QUESTIONNAIRE
D'ÉVALUATION
pour les enfants et adolescents
avec difficulté d'attention,
agitation et problèmes de
comportement**

Instructions:

Cochez ou faites un "x" dans la case selon que vous trouvez que le comportement ou l'attitude décrit(e) s'applique ou non à l'enfant pour lequel vous compléter le questionnaire

- cochez "*ne s'applique pas*" si vous trouvez que ce que l'on décrit ne se rencontre à peu près jamais chez votre enfant ou élève

- cochez "*s'applique un peu*" si ce que l'on décrit se rencontre parfois mais pas souvent

- cochez "*s'applique modérément*" si ce que l'on décrit se rencontre en quantité ou fréquence modérée

- cochez "*s'applique beaucoup*" si ce que l'on décrit se rencontre très souvent chez l'enfant

Nom de l'enfant: _____

Date de naissance: _____ Degré scolaire: _____

Ecole: _____

Complété par: _____ parent(s)

Date: _____ enseignant

Conçu et réalisé par Pierre Poulin, pédiatre, CSSS Beauce

Peut être reproduit sans modification à des fins non commerciales. Version août 2007

Cochez "ne s'applique pas" si vous trouvez que l'enfant ne présente pas les caractéristiques de l'énoncé décrit, ou une des autres colonnes si vous trouvez que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à l'enfant ou à l'adolescent		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, ou dans d'autres activités				
2	a souvent de la difficulté à s'endormir le soir				
3	a des tics (mouvements ou bruits)				
4	a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux				
5	conteste souvent ce que disent les adultes				
6	semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement				
7	se met souvent en colère				
8	souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires ou tâches domestiques				
9	parle souvent trop				
10	est souvent anxieux ou nerveux à propos de certaines choses				
11	laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
12	a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités				
13	commence souvent les bagarres				
14	a des oublis fréquents dans la vie quotidienne				

		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
15	est souvent fâché et plein de ressentiment				
16	s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
17	a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir				
18	est souvent "sur la brèche" (en action) ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts (ne tient pas en place)				
19	ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations				
20	paraît souvent triste ou déprimé				
21	a souvent du mal à attendre son tour				
22	interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)				
23	est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
24	fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
25	remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège				
26	embête souvent les autres délibérément				
27	se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				
28	se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis				

		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
29	manque souvent d'appétit				
30	a délibérément détruit le bien d'autrui				
31	souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
32	perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (ex. jouets, crayons, livres, devoirs)				
33	brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes				
34	souvent se laisse facilement distraire par des stimulus (des choses qu'il voit ou entend) externes				
35	souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex. travail scolaire)				
36	a fait preuve de cruauté physique envers les animaux				

Commentaires:

Merci de votre collaboration!

A remplir par le père de l'enfant

Nom de l'enfant _____ Date _____

Faites un crochet ou un X vis-à-vis "ne s'applique pas" si ce qui est écrit ne s'applique pas à l'enfant/adolescent, ou vis-à-vis une des autres colonnes si ce qui est écrit s'applique un peu, modérément ou beaucoup à celui-ci		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	A-t-il/elle déjà vécu un événement (attaque) où il/elle se sentait terrifié(e), anxieux(se) et où il/elle ne se sentait pas bien?				
2	Est-ce qu'il/elle s'inquiète plus que les autres personnes de son âge? À propos de quoi? _____				
3	A-t-il/elle souvent peur que quelque chose arrive à quelqu'un de son entourage?				
4	Est-ce qu'il/elle s'inquiète de façon vraiment exagérée à propos de l'école?				
5	Est-ce qu'il/elle a souvent peur d'aller se coucher seul(e) ou d'aller coucher ailleurs?				
6	A-t-il/elle souvent peur de se retrouver seul(e) dans une pièce ou d'aller seul(e) au sous-sol?				
7	Est-il/elle souvent timide et nerveux(se) avec des personnes inconnues?				
8	Est-ce qu'il/elle est souvent inconfortable s'il/elle doit répondre à des questions en classe, ou se joindre à un groupe d'enfants, ou utiliser la salle de toilettes, ou manger en présence d'autres personnes ou faire une performance publique?				
9	Est-ce qu'il/elle préfère rester seul(e) plutôt que d'aller avec des personnes qu'il/elle ne connaît pas bien?				
10	Est-ce qu'il/elle hésite souvent à téléphoner aux autres, ou à aller dans des soirées, clubs de loisirs ou activités?				
11	Est-ce qu'il/elle a une peur déraisonnée de quelque chose comme par exemple les chiens, insectes, hauteurs, ascenseurs ou dans la noirceur?				
12	Est-ce qu'il/elle a souvent peur de se trouver dans une foule, un autobus, ou d'aller dans un endroit public?				
13	Est-ce que ces peurs l'empêchent de faire des choses qu'il/elle aimerait normalement faire?				
14	Est-ce qu'il/elle s'inquiète au sujet de choses avant qu'elles n'arrivent et plus que les autres du même âge?				
15	Est-ce qu'il lui arrive de manquer de l'école ou d'autres activités à cause de maux de tête, maux de ventre ou parce qu'il/elle ne se sent pas bien?				
16	Est-ce qu'il/elle s'inquiète vraiment beaucoup et souvent de ce que les autres pensent de lui/elle?				
17	Est-ce qu'il/elle se sent souvent tendu(e), à « fleur de peau ». Est-ce qu'il est le genre à se demander souvent : ... « ...tout d'un coup que... »				
18	Fait-il/elle souvent et à répétition des gestes ou choses qui semblent « curieux », tels que toucher des choses, compter, se laver les mains à répétition, vérifier si les portes sont barrées, etc...				
19	Est-il/elle souvent ennuyé(e) par des pensées, images ou mots qui viennent dans sa tête sans raison et qu'on ne peut arrêter ou chasser, tels que la peur des microbes, de la saleté ou que quelque chose de mauvais ne survienne				

A remplir par l'enfant

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION pour les problèmes d'attention, d'agitation et de comportement chez les adolescents

Instructions:

Coche ou fais un "x" dans la case selon que tu trouves que le comportement ou l'attitude décrit(e) s'applique ou non à toi

- coche "*ne s'applique pas*" si tu trouves que ce que l'on décrit ne te concerne ou ne te ressemble pas du tout
- coche "*s'applique un peu*" si ce que l'on décrit te concerne ou te ressemble un peu
- coche "*s'applique modérément*" si ce que l'on décrit te concerne ou te ressemble modérément
- coche "*s'applique beaucoup*" si ce que l'on décrit te concerne ou te ressemble beaucoup

Mon nom: _____

Ma date de naissance: _____

Degré scolaire (année): _____

Ecole: _____

Date: _____

Conçu et réalisé par Pierre Poulin, pédiatre, CSSS Beauce

Peut être reproduit sans modification à des fins non-commerciales. Version août 2007

Tu dois cocher "ne s'applique pas" si tu trouves que tu ne présentes pas les caractéristiques de ce qui est décrit, ou une des autres colonnes si tu trouves que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à toi		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	Souvent je ne parviens pas à prêter attention aux détails ou je fais des fautes par distraction				
2	J'ai souvent de la difficulté à m'endormir le soir				
3	J'ai des tics nerveux (mouvements ou bruits)				
4	J'ai souvent du mal à rester attentif à ce que je fais				
5	Je conteste souvent ce que disent les adultes				
6	Je donne souvent l'impression de ne pas écouter quand on me parle				
7	Je me met souvent en colère				
8	Souvent je ne me conforme pas aux consignes et je ne finis pas ce que je commence				
9	Je parle souvent trop (quand ce n'est pas le temps)				
10	Je suis souvent anxieux ou nerveux à propos de certaines choses				
11	Je laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (et je coupe la parole)				
12	J'ai souvent du mal à m'organiser dans ce que j'ai à faire				
13	Je commence souvent les bagarres				
14	J'ai des oublis fréquents dans la vie quotidienne				

		<i>Tu dois cocher "ne s'applique pas" si tu trouves que tu ne présentes pas les caractéristiques de ce qui est décrit, ou une des autres colonnes si tu trouves que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à toi</i>			
		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
15	Je suis souvent fâché et plein de ressentiment				
16	Je m'oppose souvent activement ou refuse de me plier aux demandes ou aux règles des adultes				
17	J'ai souvent du mal à me tenir tranquille dans les jeux ou loisirs				
18	Souvent je ne tiens pas en place et j'ai un besoin irrésistible de bouger				
19	Je mens souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations				
20	Je me sens souvent triste ou déprimé				
21	J'ai souvent du mal à attendre mon tour				
22	J'interromp souvent les autres ou j'impose ma présence				
23	Je suis souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
24	Je fais souvent porter aux autres la responsabilité de mes erreurs ou de ma mauvaise conduite				
25	Je bouge souvent mes mains ou mes pieds, ou je me tortille sur ma chaise				
26	J'embête souvent les autres délibérément				
27	Je suis rancunier et veut souvent me venger				
28	Je me lève souvent en classe ou dans d'autres situations où je suis supposé rester assis				

		<i>Tu dois cocher "ne s'applique pas" si tu trouves que tu ne présentes pas les caractéristiques de ce qui est décrit, ou une des autres colonnes si tu trouves que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à toi</i>			
		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
29	Je manque souvent d'appétit				
30	J'ai fait du vandalisme (briser des objets volontairement)				
31	Souvent, je cours ou grimpe partout, quand ce n'est pas le temps				
32	Je perd souvent les objets dont j'ai besoin (crayons, cahiers, etc)				
33	Je brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes				
34	Souvent je me laisse facilement distraire par ce que je vois ou entend autour de moi				
35	Souvent, j'évite, je déteste faire, ou je fais à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex. travail scolaire)				
36	J'ai fait preuve de cruauté physique envers les animaux				

Commentaires:

Merci de ta collaboration!

A remplir par l'enfant

Nom de l'enfant _____ Date _____

Fait un crochet ou un X vis-à-vis "ne s'applique pas" si tu trouves que ce qui est écrit ne s'applique pas à toi, ou vis-à-vis une des autres colonnes si tu trouves que ce qui est écrit s'applique un peu, modérément ou beaucoup à toi		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	As-tu déjà vécu un événement (attaque) où tu te sentais terrifié(e), anxieux(se) et tu ne te sentais pas bien?				
2	Est-ce que tu t'inquiètes plus que les autres personnes de ton âge? À propos de quoi? _____				
3	As-tu souvent peur que quelque chose arrive à quelqu'un que tu aimes?				
4	Est-ce que tu t'inquiètes de façon vraiment exagérée à propos de l'école?				
5	Est-ce que tu as souvent peur d'aller te coucher seul(e) ou d'aller coucher ailleurs?				
6	As-tu souvent peur de te retrouver seul(e) dans une pièce ou d'aller seul(e) au sous-sol?				
7	Es-tu souvent timide et nerveux(se) avec des personnes inconnues?				
8	Est-ce que tu es souvent inconfortable si tu dois répondre à des questions en classe, te joindre à un groupe d'enfants, utiliser la salle de toilettes, manger en présence d'autres personnes ou faire une performance publique?				
9	Est-ce que tu préfères rester seul(e) plutôt qu'aller avec des personnes que tu ne connais pas bien?				
10	Est-ce que tu hésites souvent à téléphoner aux autres, aller dans des soirées, clubs ou activités?				
11	Est-ce que tu as une peur déraisonnée de quelque chose comme les chiens, insectes, hauteurs, ascenseurs ou dans la noirceur?				
12	Est-ce que tu as souvent peur de te trouver dans une foule, un autobus, ou d'aller dans un endroit public?				
13	Est-ce que ces peurs t'empêchent de faire des choses que tu aimerais normalement faire?				
14	Est-ce que tu t'inquiètes au sujet de choses avant qu'elles n'arrivent et plus que les autres du même âge?				
15	Est-ce qu'il t'arrive de manquer de l'école ou d'autres activités à cause de maux de tête, maux de ventre ou de ne pas te sentir bien?				
16	Est-ce que tu t'inquiètes vraiment beaucoup et souvent de ce que les autres pensent de toi?				
17	Est-ce que tu te sens souvent tendu(e), à « fleur de peau ». Est-ce que tu te demandes souvent : ... « ...tout d'un coup que... »				
18	Fais-tu souvent et à répétition des gestes ou choses qui semblent « curieux », tels que toucher des choses, compter, se laver les mains à répétition, vérifier si les portes sont barrées, etc...				
19	Es-tu souvent ennuyé(e) par des pensées, images ou mots qui te viennent dans la tête sans raison et qu'on ne peut arrêter ou chasser, tels que la peur des microbes, de la saleté ou que quelque chose de mauvais ne survienne				