

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 DÉMARCHE 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 :

Détails

- 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*



CLINIQUE FOCUS

cliniquefocus.com / 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.

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 : _____

FUNCTIONNEMENT 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 :



CLINIQUE FOCUS

cliniquefocus.com / 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.

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 Strattera Catapress

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)



CLINIQUE FOCUS

cliniquefocus.com / 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.

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'IRD PQ
- A été évalué en milieu scolaire A ou a eu un plan d'intervention
- A ou a fait une psychothérapie Année : _____ psychothérapeute: _____



CLINIQUE FOCUS

cliniquefocus.com / 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.

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



CLINIQUE FOCUS

cliniquefocus.com / 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.

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

WEISS SYMPTOM RECORD II

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

WEISS SYMPTOM RECORD II

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

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

WEISS SYMPTOM RECORD II

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

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

Encerclez 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Causent des problèmes dans votre couple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Causent des querelles familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Causent des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	TRAVAIL					
1	Difficulté à effectuer ce qui est demandé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Rendement de travail affecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Problèmes avec votre supérieur(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Difficulté à maintenir un emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Congédiement ou perte d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Difficulté à travailler en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Manque du travail, absentéisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Arrive en retard, retardataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Faibles évaluations de rendement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	ÉCOLE					
1	Difficulté à prendre des notes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Problèmes avec votre enseignant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Problèmes avec le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Arrive en retard, retardataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Résultats scolaires instables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Problèmes d'hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Difficulté à se préparer au coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Problèmes de nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Problèmes sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
8	Accident ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Inactivité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Difficulté avec les tâches ménagères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Difficulté à gérer vos finances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	CONCEPT DE SOI					
1	Mauvaise perception de vous-mêmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Frustré(e) face à vous-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Sentiment de découragement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Insatisfait(e) de votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Impression d'être incompetent(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1	Vous argumentez avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Difficulté de coopérer avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Difficulté à vous entendre avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Difficulté à avoir des activités de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Difficulté à vous faire de nouveaux amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous tenez des propos inappropriés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Plaintes des voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1	Conduite automobile agressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Faire autre chose tout en conduisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Rages au volant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Détruire ou endommager des biens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Poser des gestes illicites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ennuis avec la police	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Consommation de drogues illicites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Comportement sexuel inapproprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Être agressif(ve) physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Être agressif(ve) verbalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre d'énoncés notés 2 ou 3

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

Pointage total

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

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

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