



Date de naissance Année Mois Jour			N° de dossier
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance		Prénom	
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère		Prénom de la mère	
Nom du père		Prénom du père	

INSTALLATION : _____

COLLECTE DE DONNÉES
DÉMARCHE CONCERTÉE TDAH

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Consignes d'utilisation du formulaire

Ce formulaire sert à colliger les informations requises pour le rendez-vous médical dans le cas d'un jeune présentant possiblement un TDAH. Il est rempli au meilleur des connaissances des professionnels impliqués auprès du jeune et de sa famille. Il est interdit de modifier les rubriques.

Vous devez annexer les documents suivants au présent formulaire :

- Autorisation interétablissements de communiquer des renseignements signée par l'usager ou son représentant légal
- Compte rendu de la consultation médicale en lien avec la démarche concertée TDAH
- Rapports professionnels (facultatif)

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL IMPLIQUÉ DANS LA COLLECTE DE DONNÉES

Nom :		Titre d'emploi :	
Lieu de travail (nom et adresse) :			
Téléphone :	Poste :	Télécopieur :	
Mode de communication souhaité : <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Télécopie			

SOURCES UTILISÉES POUR DOCUMENTER LA COLLECTE DE DONNÉES

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

FDCU-TDAH-001

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

ÉVALUATIONS PROFESSIONNELLES				
Type	En cours	Date du rapport* (année/mois/jour)	Nom et titre d'emploi du professionnel	N° de téléphone
<input type="checkbox"/> Comportementale	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Intellectuelle	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Affective	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Langagière	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>			

* Rapports disponibles sur demande

HISTORIQUE DES SERVICES REÇUS AUTRE QUE DU MILIEU SCOLAIRE				
Établissement	Durée		Nom et titre d'emploi du professionnel	Nature du service
	de	à		
CLSC				
CPEJ				
Clinique privée				
Pédopsychiatrie				
Autre :				

DIAGNOSTICS CONNUS : oui non

(si oui, les inscrire)

Diagnostic:

Date :

Nom et titre d'emploi du professionnel :

Diagnostic:

Date :

Nom et titre d'emploi du professionnel :

Diagnostic:

Date :

Nom et titre d'emploi du professionnel :

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE		
Facteurs individuels	Protection	Risque
Potentiel intellectuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence d'autres troubles en comorbidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation avec l'autorité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteurs familiaux	Protection	Risque
Problèmes de santé mentale dans la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation parent-enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratiques parentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statut économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discipline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habitude de consommation des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication entre les membres de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnement familial (stress, entente dans le couple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scolarité des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réseau de soutien social et familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	Protection	Risque
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYNTHÈSE DES INFORMATIONS EN LIEN AVEC L'ÉVALUATION DU TDAH	
L'évaluation professionnelle a été réalisée avec les outils validés et standardisés suivants* :	
•	•
•	•
•	•
* Des informations complémentaires concernant les modalités et résultats de l'évaluation professionnelle pourraient être transmises, au besoin.	
Âge auquel sont apparues les manifestations : _____ ans	
Commentaires :	
Contextes d'apparition des manifestations : <input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Social (loisirs)	
Commentaires :	
Durée des manifestations: <input type="checkbox"/> Depuis moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Depuis plus de 6 mois	
Commentaires :	
Impacts des manifestations sur le fonctionnement	
<input type="checkbox"/> Conséquences pour le jeune	
<input type="checkbox"/> Conséquences pour les autres	

