

CARNET DE SUIVI — INTRODUCTION D'UNE MÉDICATION POUR LE TDAH CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Prénom et nom : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

Molécule/médicament : _____ Dose : _____ Date d'introduction du médicament : _____ Heure de prise : _____

OBSERVATIONS

Ce document vise à faciliter le suivi de l'efficacité de la médication chez les jeunes présentant un TDAH.

Se baser sur les observations effectuées durant environ deux semaines lors de l'introduction ou des changements de dosage.

Observations du _____ au _____ Période d'efficacité observée (approximativement) (ex. : de 8 h à 16 h) : _____

RÉGULATION ATTENTIONNELLE	Matin				Après-midi				Soir			
	Aucun	Léger	Modéré	Sévère	Aucun	Léger	Modéré	Sévère	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Erreurs d'inattention	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté à maintenir son attention	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se laisse facilement distraire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oublie ses rendez-vous ou son matériel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté à terminer les tâches commencées	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté à faire deux choses en même temps	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté à retenir plusieurs consignes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oublie les étapes d'une consigne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Perd le fil d'une conversation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AUTORÉGULATION ET FONCTIONS EXÉCUTIVES	Matin				Après-midi				Soir			
	Aucun	Léger	Modéré	Sévère	Aucun	Léger	Modéré	Sévère	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Interrompt les autres	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Parle trop	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Réagit fortement aux émotions	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Répond trop rapidement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Attend difficilement son tour	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travaille trop rapidement au détriment de la précision	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté à s'organiser et planifier	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté à arrêter la tâche en cours	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté à débiter une tâche	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Agitation motrice	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté à rester assis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre :												

EFFETS INDÉSIRABLES	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Difficulté de sommeil	☐	☐	☐	☐
Perte d'appétit	☐	☐	☐	☐
Tics moteurs ou sonores	☐	☐	☐	☐
Céphalées	☐	☐	☐	☐
Douleurs abdominales	☐	☐	☐	☐
Bouche sèche	☐	☐	☐	☐
Perte de poids	☐	☐	☐	☐
Augmentation de la fréquence cardiaque	☐	☐	☐	☐
Changements de personnalité	☐	☐	☐	☐
Irritabilité en fin de journée	☐	☐	☐	☐
Anxiété	☐	☐	☐	☐
Autre :				

PERCEPTION GÉNÉRALE DU JEUNE CONCERNANT SA MÉDICATION			
Je ne remarque pas de différence ☐	Je remarque une légère amélioration ☐	Je remarque une amélioration importante ☐	Je me sens optimal(e) avec cette dose ☐
Je ne me sens pas bien avec cette dose ☐ Explique pourquoi :			