



ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS POUR LE TDA/H

Nom et prénom de l'enfant : _____ Date : _____
Complété par : _____

Nous vous demandons de bien vouloir attribuer un score de 0 (absent) à 4 (très sévère) pour chaque comportement qui représente le comportement de votre enfant au cours de la dernière semaine écoulée. N'entourez qu'un seul chiffre par comportement. "0" signifie que vous n'avez pas du tout remarqué ce comportement chez votre enfant au cours de la semaine écoulée. "4" signifie que ce comportement de votre enfant a été très prononcé ou très fréquent.

| Comportement | Absence | Léger | Modéré | Sévère | Très sévère |
|-------------------------------|----------------|--------------|---------------|---------------|--------------------|
| Troubles du sommeil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Nausées | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Perte d'appétit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Rêverie diurne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Regard fixe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Moins social, plus en retrait | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Moins loquace | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Irritable | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Douleurs abdominales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Céphalées | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Tristesse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pleure facilement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Anxieux | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Étourdissements | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Tics | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Trop excité | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |