

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES (suite)

- 1.5 Avec qui vit l'enfant?
 Avec ses deux parents biologiques
 Avec sa mère biologique : y a-t-il un beau-parent? Oui Non
 Avec son père biologique : y a-t-il un beau-parent? Oui Non
 Tuteur non parental apparenté (décrivez) _____
 Tuteur non apparenté (décrivez) _____
- 1.6 Quel est le niveau d'instruction atteint par :
 la mère de l'enfant? École primaire École secondaire Université ou collège Inconnu
 le père de l'enfant? École primaire École secondaire Université ou collège Inconnu
- 1.7 La protection de l'enfance a-t-elle déjà eu à intervenir dans cette famille ou cette famille a-t-elle eu recours à l'aide sociale? Oui Non Inconnu
- 1.8 Cet enfant a-t-il été victime de violence (physique ou sexuelle) ou d'autre type de maltraitance (p. ex., violence verbale)?
 rien ne le démontre
 oui, c'est confirmé (antécédents de violence révélés au clinicien répondant)
 oui, c'est présumé (antécédents de violence présumés par le clinicien répondant, mais pas de preuve)
 je ne sais pas (le clinicien répondant ne peut le confirmer ou l'écarter)

SECTION 2 – CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- 2.1 Indiquez les signes et symptômes observés, la durée de la rencontre et la gravité des critères soulignés dans la définition de cas (cochez toutes les réponses applicables) :
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Humeur dépressive | <input type="checkbox"/> Agitation psychomotrice |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'intérêt ou du plaisir | <input type="checkbox"/> Ralentissement psychomoteur |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Fatigue ou perte d'énergie |
| <input type="checkbox"/> Prise de poids | <input type="checkbox"/> Sentiment d'inutilité ou culpabilité excessive ou inadéquate |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids | <input type="checkbox"/> Diminution de la concentration ou indécision |
| <input type="checkbox"/> Incapacité de prendre le poids prévu | <input type="checkbox"/> Idéations suicidaires |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Tentative de suicide |
| <input type="checkbox"/> Hypersomnie | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Plaintes somatiques non spécifiques sans cause établie (p. ex., maux de ventre) | |
- 2.2 Indiquez le secteur dans lequel le fonctionnement de l'enfant est perturbé (cochez toutes les réponses applicables) : Activités sociales Activités parascolaires Famille École
- 2.3 Du mieux que vous le pouvez, précisez la ligne de temps et le parcours du patient jusqu'au diagnostic et au traitement.
- 2.3.1 Durée des symptômes avant la présentation : _____ mois OU _____ années
- 2.3.2 Durée des symptômes avant le diagnostic de dépression :
 moins de 2 mois de 2 à 6 mois de 6 à 12 mois de 1 à 2 ans plus de 2 ans
- 2.3.3 Date du diagnostic : _____ / _____
 MM AAAA
- 2.3.4 À qui l'enfant ou le parent s'est-il présenté en premier pour obtenir de l'aide?
 Médecin de famille Pédiatre Enseignant ou autre employé de l'école
 Centre de santé communautaire Intervenant chargé du cas connu
 Salle d'urgence d'un hôpital ou clinique d'urgence sans rendez-vous
 Autre, précisez _____

SECTION 5 – RÉSULTATS DES EXAMENS (suite)

5.5 Décrivez l'examen physique de l'enfant : Normal ___ Anormal ___

S'il est anormal, décrivez : _____

SECTION 6 – PRISE EN CHARGE

6.1 Un traitement a-t-il été proposé à l'enfant? Oui ___ Non ___ Refus de traitement ___

Dans l'affirmative, précisez la date : ____ / ____
MM AAAA

Dans la négative, auriez-vous proposé un traitement si les services avaient été offerts? Oui ___ Non ___

6.2 Indiquez le(s) traitement(s) pour le(s)quel(s) l'enfant a été aiguillé et, s'il(s) a(ont) été administrés, **la date de l'amorce du traitement.** MM / AAAA

6.2.1 Aiguillage de l'enfant _____ / _____

6.2.2 Amorce du traitement

➤ Psychotropes : précisez _____ / _____

précisez _____ / _____

précisez _____ / _____

➤ Psychothérapie :

Thérapie cognitivocomportementale _____ / _____

Thérapie familiale _____ / _____

Thérapie individuelle _____ / _____

➤ Autre thérapie :

Exercice _____ / _____

Traitement naturopathique ou homéopathique _____ / _____

➤ S'il y en a d'autres, précisez _____

6.3 L'enfant s'est-il présenté à un département d'urgence pendant cette maladie? Oui ___ Non ___

6.4 L'enfant a-t-il dû être hospitalisé en raison de cette maladie? Oui ___ Non ___

6.4.1 Dans l'affirmative, indiquez l'aile où l'enfant a été hospitalisé :

Aile de pédiatrie générale ___ Aile de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ___

Aile de psychiatrie générale ___

6.4.2 Si l'enfant a reçu son congé, quelle était la durée totale de son hospitalisation?

Nombre de jours _____

6.5 Si l'enfant n'avait pas obtenu son congé, quelle était sa date d'hospitalisation? ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

6.6 Lors de votre dernier contact avec la famille, l'enfant était-il vivant? Oui ___ Non ___

6.7 Indiquez quels professionnels de la santé ont participé aux soins du patient :

Médecin de famille ___ Pédiatre ___ Psychiatre ___ Infirmière ___ Psychologue ___

Travailleur social ___ Autre, précisez : _____

___ **J'accepte que l'équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

___ **Je préfère que l'équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
Téléphone _____ Télécopieur _____
Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(TDM 2012-01)