

Grille des effets pouvant être associés aux traitements médicamenteux du TDAH

Nom de l'enfant (âge) : _____ (_____)

Médicament et dosage : _____

Date de début de la prise du médicament : _____ (aaaa/mm/jj)

Médicament pris (quand): Jours d'école Oui Non

Journées pédagogiques Oui Non

Fin de semaine Oui Non

Période estivale Oui Non

Instructions : Veuillez compléter cette grille afin de détailler les effets pouvant être associés à la prise d'une médication chez votre enfant. **Un mois après le début/ajustement de la médication**, cochez les effets observés chez votre enfant. Au besoin, commentez vos observations en les détaillant. *L'effet a-t-il été présent au début de la prise de la médication? L'effet s'est-il estompé? Des interventions ont-elles été faites afin de modifier les effets?*

Objectifs de la prise du médicament (pourquoi):

Effets	Observations / Commentaires	
	AM	PM
Hausse des capacités attentionnelles (ex : est attentif davantage, fait moins de fautes d'inattention, est moins facilement distrait, etc.)		
Hausse de la concentration (ex : écoute davantage, va jusqu'au bout de ses projets, suit les directives plus facilement, etc.)		
Diminution de l'impulsivité (ex : suit davantage les consignes, est moins agité, interrompt moins les autres, parle de façon moins excessive, etc.).		
Changement de l'humeur et des comportements (ex : irritabilité, tristesse, anxiété, crise de colère, agressivité, apparition/ augmentation des tics, etc.)		

Effets		Observations / Commentaires	
Changement en lien avec l'alimentation (ex : diminution de l'appétit, perte de poids, sécheresse buccale, etc.)	<u>AM</u>	<u>PM</u>	
Changement en lien avec le sommeil (ex : difficulté à s'endormir/ à se lever, sommeil plus léger, etc.)	<u>AM</u>	<u>PM</u>	
Autres (ex : apparition de maux de tête, étourdissement, etc.)	<u>AM</u>	<u>PM</u>	

Questions complémentaires

À compléter un mois après le début/ajustement de la médication

1- Avez-vous remarqué une diminution des effets secondaires pouvant être associés à la médication quelques jours après le début de la prise de ce dernier?

Oui Non

2- Selon vous, est-ce qu'il existe des événements stressants (*séparation, intimidation, traumatismes, etc.*) ayant pu influencer les comportements de votre enfant avant ou pendant la prise de la médication?

Oui Non

-Si oui, lesquels?

3- Est-ce que la médication semble être bien ajustée?

Oui Non

Merci, ces informations seront précieuses pour les suivis de votre enfant.