

**CLINIQUE DES DIFFICULTÉS DE L'ATTENTION**  
**Clientèle adulte**  
**QUESTIONNAIRE DE PRÉ-ÉVALUATION**

**Identification**

Patient(e):

Nom:.....prénom:.....âge:.....

Date de naissance:.....statut marital:.....occupation:.....

Adresse:.....ville:.....code postal:.....

Tél. dom.....bureau..... no. assurance-maladie:.....expiration:.....

Courriel:..... Source de référence:.....médecin de famille:.....

**Famille:**

Conjoint(e): union de fait:.....no.années:.....mariage:.....no.années:.....

Prénom:.....âge:.....scolarité:.....occupation:.....

Enfant(s):-1ère union:.....2ième:..... autres unions:.....

**Histoire scolaire:**

- École primaire: .....moyenne générale:.....

- No.d'année(s) doublée(s):.....matières faciles:.....

- Matières difficiles:.....

- École secondaire:.....moyenne générale:.....

- No.d'année(s) doublée(s):.....matières faciles:.....

- Matières difficiles:.....

- Études de métier:.....

- Diplôme(s) obtenu(s):.....

- Études universitaires:.....moyenne générale:.....

- Diplôme(s) obtenu(s):.....

- Avez-vous eu des difficultés dans:

. la lecture, l'écriture, le calcul mental, la concentration et l'attention:.....

. le comportement, au niveau de la suractivité, l'agressivité, l'impulsivité, le négativisme.....

. les relations au professeur avec l'obéissance, la discipline, l'ordre:.....

. les relations avec les camarades dans le partage, la tolérance des opinions adverses:

.....  
.....  
.....

**Histoire psychologique:**

- Décrivez votre caractère:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Êtes-vous:

.visuel(le), auditif(ve) ou moteur(trice):

.....  
.....  
.....

- Avez-vous:

. le sens du danger:.....de l'ordre.....

. des limites:.....de l'organisation:.....

- Êtes-vous oublieux(se):

.....  
.....

- Perdez-vous souvent votre emploi:

.....  
.....

- Avez-vous:

. une bonne coordination: .....

.....  
.....

. des sports préférés:.....

- Événements particuliers de votre vie:.....

.....  
.....

**Antécédents médicaux:**

- date du dernier examen médical: .....

- résultats: .....

- Nom du médecin de famille: .....

- Enumérez ci-dessous:

.1- Les maladies, accidents, interventions de chirurgie:

.....  
.....  
.....

.....  
2- Les maladies héréditaires, telles allergies, diabète, maladie bipolaire (dépression cyclique),  
.....  
.....

- Voyez-vous:

. un(e) professionnel(le) de la santé, maintenant:.....  
.....  
.....

- Médication actuelle:.....

- Difficultés conjugales ou familiales: .....  
.....  
.....

-Motifs de consultation:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Influences sur la famille, les ami(e)s, le travail:.....  
.....  
.....

Date.....Signature.....

**P.S.:** Toutes les réponses à ce questionnaire sont absolument confidentielles et feront partie du dossier médical. Elles ne pourront servir à aucune expertise (sociale, juridique), sauf si le médecin en cause l'exige pour ses besoins propres.

Poursuivre sur feuilles supplémentaires, si nécessaire. **Consultation médicale indispensable.**

Dr Claude Jolicoeur, psychiatre, 1996-2007, ©.