

Version française de la section « *Introductory Unstructured Interview* » de K-SADS-PL DSM-5 (Joan Kaufman et al., Center for Child and Family Traumatic Stress, Kennedy Krieger Institute, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, USA).

Traduction française par **Valérie Beaupré MONFETTE**¹, B. Trav. soc.

Révision par :

ROY Martin¹⁻², PhD

THÜMMLER Susanne³⁻⁴, MD/PhD

¹ Chaire d'excellence en recherche du Canada sur la neurophotonique du D^r Pierre Marquet, Centre de recherche CERVO du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec, Canada.

² Unité mixte internationale en neuro-développement et psychiatrie de l'enfant (Québec-Lausanne)

³ Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval, 57 Avenue de la Californie, 06200 Nice, France

⁴ Université Côte d'Azur, CoBTek, France

Contact : thummler.s@pediatrie-chulenal-nice.fr

INFORMATION DU SUJET

Prénom :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance :

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

Genre : Masculin Féminin

Origines : _____

Avec qui le sujet vit-il actuellement (choisir une option) ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Deux parents biologiques | <input type="radio"/> Avec le père biologique seulement | <input type="radio"/> Foyer de l'enfance/
Foyer de vie |
| <input type="radio"/> Deux parents biologiques, mais en garde partagée | <input type="radio"/> Avec la belle-mère seulement | <input type="radio"/> Internat |
| <input type="radio"/> Avec la mère biologique et le beau-père | <input type="radio"/> Avec le beau-père seulement | <input type="radio"/> Colocation |
| <input type="radio"/> Avec le père biologique et la belle-mère | <input type="radio"/> Grands-parents | <input type="radio"/> En fugue |
| <input type="radio"/> Avec la mère biologique et le petit ami/la petite amie | <input type="radio"/> Parent adoptif | <input type="radio"/> Résidence universitaire |
| <input type="radio"/> Avec le père biologique et le petit ami/la petite amie | <input type="radio"/> Autre membre de la famille/ami | <input type="radio"/> Vie de manière indépendante |
| <input type="radio"/> Avec la mère biologique seulement | <input type="radio"/> Famille d'accueil | <input type="radio"/> Autre |

PARTICIPATION PARENTALE

Qui est questionné pour cette entrevue ?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Les deux parents biologiques | <input type="radio"/> Mère adoptive | <input type="radio"/> Grand-parent |
| <input type="radio"/> Mère biologique | <input type="radio"/> Père adoptif | <input type="radio"/> Autre membre de la famille |
| <input type="radio"/> Père biologique | <input type="radio"/> Belle-mère | <input type="radio"/> Autre |
| <input type="radio"/> Les deux parents adoptifs | <input type="radio"/> Beau-père | |

Si autre, spécifiez :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sujet

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Intervieweur

--	--	--

DÉPISTAGE DE SANTÉ DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT**GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT :**

1. Âge de la mère à la naissance de l'enfant
2. Est-ce que la mère a souffert d'une maladie ou d'une blessure pendant la grossesse ? Oui Non
3. A-t-elle pris des médicaments mis à part des vitamines et des suppléments de fer ? Oui Non
4. Est-ce que la mère buvait de l'alcool ou a pris des substances illicites/drogues pendant la grossesse ? Oui Non
5. Est-ce que la mère a fumé pendant la grossesse ? Oui Non
6. Est-ce que le bébé est né prématurément ? Oui Non (Nombre de semaines : _____)
7. Quel était le poids à la naissance ? g
8. Le bébé a-t-il eu des problèmes lors de la naissance ? Oui Non
9. Le bébé a-t-il eu d'autres problèmes ? (Jaunisse, infection ou autre) Oui Non
10. Combien de jours le bébé est-il resté à l'hôpital après la naissance ? jours

HISTOIRE MÉDICALE ET CHIRURGICALE

11. Taille actuelle : cm Poids : kg
12. Où votre enfant reçoit-il ses soins médicaux ?
13. Date du dernier examen médical : / /
14. Est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction allergique à un médicament ? Si **OUI**, spécifiez : Oui Non
- Une réaction allergique à la nourriture ? Oui Non
- Une réaction allergique aux piqûres d'insectes ? Oui Non
15. Est-ce que votre enfant a reçu tous les vaccins recommandés ? Oui Non
16. Est-ce qu'il y a déjà eu des complications à la suite des vaccins ? Oui Non

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS REÇUS (VIE ENTIÈRE)

		Âge lors du premier traitement	
		(En ANNÉES)	(En MOIS)
Traitement ambulatoire	<input type="radio"/> Pas d'info <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hospitalisation psychiatrique	<input type="radio"/> Pas d'info <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hospitalisation séquentielle / de jour	<input type="radio"/> Pas d'info <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Établissement résidentiel de traitement, centre de soins (hors hôpital)	<input type="radio"/> Pas d'info <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Services de soins à domicile (p. ex. équipe pluridisciplinaire, hospitalisation à domicile/ soins dispensés par la famille)	<input type="radio"/> Pas d'info <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Nombre d'hospitalisations psychiatriques
FIABILITÉ GLOBALE DES INFORMATIONS OBTENUES:
 Bonne Passable Mauvaise
Liste des traitements pharmacologiques

	Passé/Actuel		Passé/Actuel
1 <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	7	<input type="text"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2 <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	8	<input type="text"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3 <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	9	<input type="text"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4 <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	10	<input type="text"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
5 <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	11	<input type="text"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6 <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	12	<input type="text"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Sujet Date / / Intervieweur

Information scolaireNiveau scolaire actuel (ou plus haut niveau atteint) : Redoublement ? Listez :

Cadre scolaire actuel :

École publique régulière

École privée régulière

École professionnelle ou technique

Absence de scolarisation

École spécialisée pour les jeunes ayant des problèmes affectifs/ comportementaux

Scolarisation à distance

Scolarisation à domicile

Autre, spécifiez :

Services spécialisés :

Classe spécialisée avec soutien affectif à temps plein

Classe spécialisée avec soutien à l'apprentissage à temps plein

Aide à temps plein

Tutorat

Autres, spécifiez :

Éducation spécialisée pour des matières spécifiques

Aide à temps partiel

Salle de ressources, dispositif SESSAD ou RASED

Programme pour élèves à haut potentiel

Notes récentes – Enseignement scolaire :

Meilleure : A B C D F
ou ____/20 ou ____/100

Moyenne : A B C D F
ou ____/20 ou ____/100

Pire : A B C D F
ou ____/20 ou ____/100

Forces du sujet :

Faiblesses du sujet :

Préoccupations des enseignants au sujet du comportement :

Retenues (dans la dernière année) : Suspensions (dans la dernière année) :

Motifs des mesures disciplinaires (cocher toutes les cases qui s'appliquent) :

- Violence/bagarras à l'école
- Insolence à l'égard des enseignants
- Déclencher l'alarme de feu
- Menaces de violence
- Autre (spécifiez)

Sujet Date / / Intervieweur

