

Nom : _____ Date de début : _____ Poids _____ kg Taille : _____ cm

Nom du médicament : _____ Nom de l'évaluateur _____ Relation avec le patient : _____
(s'il n'est pas le même que ci-dessus)

Raison d'être

Si on t'a remis le présent formulaire, il se peut que tu aies à prendre un médicament antipsychotique pour aider à atténuer tes symptômes associés à un trouble de la pensée (psychose). Le présent formulaire est conçu pour t'aider, toi, tes prestataires de soins et ton médecin, à contrôler l'efficacité de ton médicament et à évaluer/mesurer les effets secondaires potentiels que tu pourrais éprouver. Apporte ce formulaire avec toi à la prochaine consultation avec ton médecin. Le présent formulaire de contrôle compte de nombreux espaces vides. Inscris dans ces espaces les symptômes ou les effets secondaires particuliers que tu souhaites surveiller. Sers-t'en pour orienter ton entretien avec ton médecin. **Par exemple, tu pourrais t'en servir pour souligner les symptômes et les effets secondaires qui te dérangent le plus.**

Directives : Avant de commencer à prendre le médicament antipsychotique (le point de « référence ») et à chacun des intervalles indiqués ci-dessous (que tu consultes ton médecin ou non), évalue les symptômes et les effets secondaires potentiels suivants. Autrement dit, indique le nombre qui décrit le mieux ce que tu ressens (en moyenne au cours de la dernière semaine) dans la zone correspondante du tableau ci-dessous, selon le barème suivant :

0 = aucun [je n'ai pas remarqué]	1 = un peu [ne me dérange pas]	2 = modéré [me dérange]	3 = très prononcé [me dérange beaucoup]
--	--	-----------------------------------	---

Date								
Dose/Posologie								

Symptômes	Référence	1 semaine	2 semaines	3 semaines	4 semaines	6 semaines	8 semaines	12 semaines
Hallucinations								
Délire								
Pensées désorganisées								
Agressivité								
Hyperactivité								
Moral bas								
Angoisse/anxiété								
Tics (mouvements moteurs ou vocalisations involontaires)								
Comportements perturbateurs								
Difficulté à trouver le sommeil ou à rester endormi								
Excitation ou bonheur excessif								

0 = aucun [je n'ai pas remarqué]	1 = un peu [ne me dérange pas]	2 = modéré [me dérange]	3 = très prononcé [me dérange beaucoup]
--	--	-----------------------------------	---

Effets secondaires potentiels	Référence	1 semaine	2 semaines	3 semaines	4 semaines	6 semaines	8 semaines	12 semaines
Perte d'appétit								
Constipation								
Diarrhée								
Perturbations au niveau du cycle menstruel ou du fonctionnement sexuel								
Bouche sèche								
Agitation								
Étourdissements								
Nausées ou vomissements								
Sentiment de fatigue								
Maux de tête								
Plus grand appétit								
Palpitations cardiaques (cœur qui bat très rapidement)								
Dermite (rash)								
Muscles raides								
Troubles urinaires								
Gain de poids								
Perte de poids								
Prise de sang?								
Nombre approximatif de doses ratées de ton médicament antidépresseur (au cours de la dernière semaine)	S.O.							

Indique tout autre médicament que tu prends : _____

Élaboré par les professionnels de la santé du Programme de santé mentale pour les enfants et les adolescents et révisé par le personnel du Kely Resource Centre. Nous remercions Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents/ Le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario pour avoir effectué la traduction de ce document.