

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS – RCADS-P-MDD**

Version pour les parents
d'enfants et d'adolescents de 3 à 18 ans

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse (n°, rue)			
Ville		Code postal	

Parent	Nom	Prénom
Années d'étude *		

* 3e année du primaire à la 1ère année de Cégep

► **À quelle fréquence chacune de ces situations arrive à votre enfant?**

- Répondez aux items en fonction du dernier mois ou du temps écoulé depuis la dernière rencontre de votre enfant.
- Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
- Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à la situation de votre enfant.

Items	Jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
1. Mon enfant se sent triste ou vide.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Plus rien n'amuse beaucoup mon enfant maintenant.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Mon enfant a de la difficulté à dormir.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Mon enfant a des problèmes d'appétit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Mon enfant n'a aucune énergie pour les choses.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Mon enfant est très fatigué(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Mon enfant ne peut pas penser clairement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Mon enfant a l'impression qu'il (elle) n'a aucune valeur.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Mon enfant a l'impression qu'il (elle) ne veut pas bouger.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Mon enfant se sent agité.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Revised Children's Anxiety and Depression Scale - Parent version – Major Depression Disorder Subscale - RCADS-MDD

© 2003 Bruce F. Chorpita

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Questionnaire rempli par :		Date :		
Signature		Année	Mois	Jour

Section réservée à l'intervenant	
Score brut total	<input type="text"/>
Nombre total d'items x	<input type="text" value="10"/>
Nombre d'items remplis (≥ 8)* /	<input type="text"/>
Score brut ajusté =	<input type="text"/>
Score T ** =	<input type="text"/>
Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :	
<input type="text"/>	

* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

** Utilisez la table de conversion pour identifier le score T correspondant à l'âge, aux années d'étude et au score brut du parent ou du proche de l'utilisateur. Un score T ne peut pas être déterminé pour les enfants avant la 3^e année du primaire. Utilisez le score brut ajusté.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour