

**Place Label Here**

**Complété par (encerclez ce qui convient)**  
 Parent / Membre de famille / Tuteur / Vous-même  
 (Parent / Relative / Guardian / Self)

**LISTE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES – RAPPORT POUR ADOLESCENT**

**CAMBRIDGE PEDIATRICS Y-PSC**

Veuillez mettre un X sous la description qui vous correspond le mieux: (Please mark under the heading that best fits you: )	Jamais Never (0)	Parfois Sometimes (1)	Souvent Often (2)
1. Vous vous plaignez de douleurs (Complain of aches and pains)			
2. Vous passez plus de temps seul(e) (Spend more time alone)			
3. Vous vous fatiguez facilement, avez peu d'énergie (Tire easily, has little energy)			
4. Vous êtes agité(e), incapable de rester tranquille (Fidgety, unable to sit still)			
5. Vous avez des problèmes avec mes professeurs (Have trouble with teacher)			
6. Vous vous désintéressez de l'école (Less interested in school)			
7. Vous agissez comme étant poussé(e) par un moteur (Act as if driven by a motor)			
8. Vous rêvassez trop (Daydream too much)			
9. Vous êtes facilement distrait(e) (Distracted easily)			
10. Vous avez peur de situations nouvelles (Are afraid of new situations)			
11. Vous vous sentez triste, malheureux(se) (Feel sad, unhappy)			
12. Vous êtes irritable, colérique (Are irritable, angry)			
13. Vous vous sentez désespéré(e) (Feel hopeless)			
14. Vous éprouvez des difficultés à vous concentrer (Have trouble concentrating)			
15. Vous semblez moins vous intéresser à vos amis (Less interested in friends)			
16. Vous vous bagarrez avec d'autres adolescents (Fight with other children)			
17. Vous manquez l'école (Absent from school)			
18. Vos résultats scolaires se détériorent (School grades dropping)			
19. Vous avez une mauvaise opinion de moi-même (Are down on yourself)			
20. Vous rendez visite au docteur et ce dernier ne trouve rien d'anormal (Visit the doctor with doctor finding nothing wrong)			
21. Vous éprouvez des difficultés à dormir (Have trouble sleeping)			
22. Vous vous inquiétez beaucoup (Worry a lot)			
23. Vous voulez être avec vos parents plus souvent qu'avant (Want to be with parent more than before)			
24. Vous sentez que vous êtes mauvais(e) (Feel that you are bad)			
25. Vous prenez des risques irraisonnés (Take unnecessary risks)			
26. Vous vous blessez fréquemment (Get hurt frequently)			
27. Vous semblez moins vous amuser (Seem to be having less fun)			
28. Vous agissez comme quelqu'un d'un plus jeune âge (Act younger than children your age)			
29. Vous n'obéissez pas aux règles (Do not listen to rules)			
30. Vous ne montrez aucune émotion (Do not show feelings)			
31. Vous ne comprenez pas les sentiments des autres (Do not understand other people's feelings)			
32. Vous taquinez les autres (Tease others)			
33. Vous blâmez les autres pour vos problèmes (Blame other for your troubles)			
34. Vous prenez ce qui ne vous appartient pas (Take things that do not belong to you)			
35. Vous refusez de partager (Refuse to share)			
36. Avez-vous des problèmes émotionnels ou comportementaux pour lesquels vous désirez recevoir de l'aide? Do you have any emotional or behavioral problems for which you want help?	<input type="checkbox"/>	Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes
37. Est-ce qu'actuellement vous voyez un conseiller en santé mentale ? Are you currently seeing a mental health counselor?	<input type="checkbox"/>	Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes

**FOR OFFICE USE ONLY**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Annual Screening | <input type="checkbox"/> Return visit w/ PCP  | <input type="checkbox"/> Referred to counselor          |
| <input type="checkbox"/> Parent refused   | <input type="checkbox"/> Already in treatment | <input type="checkbox"/> Referred to other professional |

**Total score** \_\_\_\_\_

**Comments:**