

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DU TROUBLE PANIQUE –
RCADS-PD**

**Version pour les enfants et
les adolescents de 8 à 17 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
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	
Ville		Code postal	

Années d'étude *	
------------------	--

* 3^e année du primaire à la 1^{re} année de Cégep

► **À quelle fréquence chacune de ces situations t'arrive?**

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

Items	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
1. Lorsque j'ai un problème, je ressens une drôle de sensation dans l'estomac.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. J'ai soudainement l'impression que je ne peux plus respirer quand il n'y a aucune raison pour ça.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Lorsque j'ai un problème, mon cœur bat très rapidement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Je me mets soudainement à trembler, et ce, sans raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Lorsque j'ai un problème, je tremble.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Je ressens soudainement une peur intense, et ce, sans aucune raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Je deviens soudainement étourdi(e) ou faible, et ce, sans raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Mon cœur se met soudainement à battre trop rapidement pour aucune raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Je m'inquiète de ressentir une peur soudaine alors qu'il n'y a rien à craindre.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Revised Children's Anxiety and Depression Scale – Panic Disorder Subscale RCADS-PD © 2003 Bruce F. Chorpita

Questionnaire rempli par :	Date :
Signature	Année Mois Jour

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

Section réservée à l'intervenant(e)	
Score brut total	<input type="text"/>
Nombre total d'items x	<input type="text" value="9"/>
Nombre d'items remplis (≥ 7)* /	<input type="text"/>
Score 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 ou commentaires de l'intervenant(e) :	
<input type="text"/>	

* Lorsque 3 réponses ou plus sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

** Pour les enfants et les adolescents âgés de 8 à 17 ans, utilisez la table de conversion pour identifier le score T de la sous-échelle correspondant au sexe, aux années d'étude et au score brut ajusté de l'utilisateur. Seul le score brut peut être utilisé pour les usagers de 18 ans et plus

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