

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

Version pour les répondants (parents ou proches)  
d'enfants et d'adolescents de 3 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	

Répondant(e)	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	Quelquefois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
1. Lorsque mon enfant a un problème, il (elle) ressent une drôle de sensation dans l'estomac.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Mon enfant a soudainement l'impression qu'il (elle) ne peut 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 mon enfant a un problème, son cœur bat très rapidement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Mon enfant se met 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 mon enfant a un problème, il (elle) tremble.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Mon enfant ressent 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. Mon enfant devient 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. Le cœur de mon enfant 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. Mon enfant s'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 - Parent version – Panic Disorder Subscale - RCADS-P-PD © 2003  
Bruce F. Chorpita

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

<b>Questionnaire rempli par :</b>	<b>Date :</b>
Signature	Année   Mois   Jour

<b>Section réservée à l'intervenant(e)</b>	
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"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

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

\*\* Pour les parents d'enfants et d'adolescents âgés de 8 à 17 ans, utilisez la table de conversion pour identifier le score T de la sous-échelle correspondant au sexe et aux années d'étude de l'utilisateur, ainsi que le score brut ajusté du parent. Seul le score brut peut être utilisé pour les enfants de 3 ans à 7 ans et les utilisateurs de 18 ans et plus.

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