

Autism, tics, AD-HD and other comorbidities (A-TAC)

Cette interview met en lumière un grand nombre de facultés et comportements chez les enfants. Les enfants sont différents. Cela veut dire que leurs facultés et comportements diffèrent considérablement.

Pour avoir une image aussi complète que possible de votre enfant, nous allons vous demander de répondre à un grand nombre de questions.

Les enfants diffèrent aussi entre des âges différents. Répondez selon votre opinion de la fonction de votre enfant en comparaison à ceux de son âge. Si votre enfant a eu un problème ou a présenté une caractéristique donnée pendant une période, répondez par "Oui" même si le problème n'existe plus actuellement.

Traduction française : Henrik Anckarsäter, Pauline Chaste, Marion Leboyer

A. Coordination	Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
1	Est-ce qu'il lui est difficile de coordonner les mouvements de son corps avec souplesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à cette question :				
A1	Est-ce qu'il/elle est gauche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Est-ce qu'il/elle est maladroit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	A-t-il des troubles de l'équilibre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Est-ce qu'il/elle trébuche ou tombe facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes de coordination ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	A quel âge ont débuté les problèmes de coordination ?	Age :		
A8	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

B. Perceptions		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.			Oui	Oui, à un certain degré	Non
2	Est-ce qu'il/elle est gêné (e) par les différences de hauteur comme par exemple le fait de monter les escaliers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	Est-ce qu'il lui est difficile d'apprécier les distances et les relations de taille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	Est-ce qu'il/elle est hypersensible au toucher ou aux vêtements serrés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5	Est-ce qu'il/elle est particulièrement sensible à certains sons/bruits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6	Est-ce qu'il/elle est particulièrement sensible à certains goûts, odeurs ou consistances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :							
B1	Est-ce qu'il comprend difficilement les principes d'orientation et direction dans l'espace, par exemple met-il souvent ses vêtements à l'envers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B2	Est-ce qu'il/elle heurte souvent des gens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B3	Est-ce qu'il/elle a une mauvaise notion du temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B4	Est-ce qu'il lui est difficile d'imiter les mouvements des autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B5	Est-ce qu'il lui est difficile de reconnaître les gens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B6	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B7	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes/particularités de perceptions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B8	A quel âge ont débuté les problèmes/particularités de perceptions ?	Age :					
B9	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					

C. Attention et faculté de concentration	Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
7	Est-ce qu'il prête souvent peu d'attention aux détails ou est-ce qu'il fait souvent des erreurs d'étourderie à l'école ou lors d'autres activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Est-ce qu'il lui est difficile de soutenir son attention lors de tâches ou d'activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Est-ce qu'il/elle donne souvent l'impression de ne pas écouter ce qu'on lui dit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Est-ce qu'il lui est difficile de suivre des consignes et de terminer ses devoirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Est-ce qu'il lui est difficile d'organiser des tâches et activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Est-ce qu'il/elle évite les tâches qui demandent effort et ténacité (comme le travail scolaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Est-ce qu'il/elle perd facilement ses affaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Est-ce qu'il/elle est facilement distrait ou perturbé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Est-ce qu'il est souvent oublieux dans la vie de tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :			
C1	Est-ce qu'il lui est difficile d'initier des tâches ou activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Est-ce qu'il lui est difficile d'achever les tâches ou activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Est-ce que ces problèmes/particularités ont causé une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes/particularités concernant l'attention ou les facultés de concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	A quel âge ont débuté les problèmes d'attention ou de faculté de concentration ?	Age :		
C6	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

D. Impulsivité et activité		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcées présents pendant une période en comparaison avec ses pairs.		
		Oui	Oui, à un certain degré	Non
16	Est-ce qu'il lui est difficile de maintenir les mains ou les pieds immobiles ou de rester assis tranquillement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Est-ce qu'il/elle se lève souvent et remue beaucoup en classe ou dans d'autres situations où on est supposé rester assis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Est-ce qu'il/elle s'agite facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Est-ce qu'il lui est difficile de jouer calmement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Est-ce qu'il se comporte comme s'il était poussé par un moteur et est toujours à courir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Est-ce qu'il est très bavard ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Est-ce qu'il laisse échapper la réponse avant que la question soit posée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Est-ce qu'il lui est difficile d'attendre son tour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Est-ce qu'il/elle coupe souvent la parole aux autres ou fait souvent intrusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Est-ce qu'il/elle s'ennuie facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :				
D1	Est-ce qu'il/elle est particulièrement intrépide dans les situations de dangers physiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Est-ce que ces problèmes/particularités lui ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes d'impulsivité et d'hyperactivité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	A quel âge ont débuté les problèmes /particularités concernant l'impulsivité et le niveau d'activité ?	Age :		
D5	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

E. Apprentissage		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
26	Est-ce qu'il a eu plus de mal à apprendre à lire que les autres enfants ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Est-ce qu'il apprend lentement et de façon laborieuse ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Est-ce qu'il a des difficultés en mathématiques ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :			
E1	Est-ce qu'il/elle lit lentement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Est-ce que la lecture lui déplaît (par exemple il/elle évite de lire des livres) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Est-ce que les problèmes de maths où il faut lire un texte représentent une difficulté particulière ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Est-ce qu'il lui est difficile de comprendre ou se servir des abstractions ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Est-ce que l'orthographe représente une difficulté ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Est-ce qu'il/elle a une éducation spéciale à l'école ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E8	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes d'apprentissage ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9	A quel âge ont débuté les problèmes d'apprentissage ?	Age :			
E10	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

F. Facultés de projection et d'organisation		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
29	Est-ce qu'il lui est difficile de changer ses plans ou sa stratégie pour faire les choses si c'est nécessaire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Est-ce qu'il trouve difficile d'être ordonné ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :			
F1	Est-ce qu'il est difficile pour lui de comprendre les conséquences de ses actes ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Est-ce qu'il/elle est dépendant(e) et demande beaucoup de soutien ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Est-ce qu'il/elle est difficile pour lui de prendre soin de son hygiène personnelle et de ses vêtements, etc. ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Est-ce qu'il lui est difficile de différer la récompense ou d'envisager l'intérêt de ce qui ne conduit pas à une récompense immédiate ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Est-ce que les activités de la vie quotidienne sont fatigantes ou lui demandent beaucoup d'énergie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes concernant les facultés de projection et d'organisation ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8	A quel âge ont débuté les problèmes concernant les facultés de projection et d'organisation ?	Age :			
F9	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

G. Mémoire		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
31	Est-ce qu'il lui est difficile de se rappeler où il/elle a posé ses affaires ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Est-ce qu'il lui est difficile de se rappeler des instructions longues ou enchaînées ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Est-ce qu'il lui est difficile d'apprendre par coeur des comptines, des chansons ou les tables de multiplication ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :			
G1	Est-ce qu'il lui est difficile de se souvenir des faits personnels comme sa date de naissance ou son adresse.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Est-ce qu'il/elle confond souvent les noms ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Est-ce qu'il lui est difficile de se souvenir des noms des jours, mois et saisons ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4	Est-ce qu'il lui est difficile de se souvenir des faits non personnels, comme les dates historiques ou des formules chimiques apprises à l'école ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5	Est-ce qu'il lui est difficile de se souvenir des événements qui ont eu lieu récemment, par exemple ce qui s'est passé pendant la journée ou ce qui a été servi à la cantine ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6	Est-ce qu'il lui est difficile de se souvenir des événements un peu plus anciens, par exemple ce qui s'est passé pendant un voyage ou ce qu'il/elle a eu comme cadeaux de Noël ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7	Est-ce qu'il lui est difficile de se souvenir des rendez-vous avec des copains ou des devoirs donnés pour le lendemain ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G8	Est-ce qu'il lui est difficile d'apprendre les règles d'un nouveau jeu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G9	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G10	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes de mémoire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G11	A quel âge ont débuté les problèmes de mémoire ?	Age :			
G12	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

H. Langage		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.		
		Oui	Oui, à un certain degré	Non
34	Est-ce qu'il/elle était en retard pour apprendre à parler ou est-ce qu'il/elle ne parle pas du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Est-ce qu'il lui est difficile de suivre une conversation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Est-ce qu'il lui plaît de répéter les mots et les expressions ou utilise-t-il le vocabulaire de façon étrange ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Est-ce qu'il lui est difficile de jouer à faire semblant ou d'imiter d'autres personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Est-ce qu'il parle d'une voix trop aiguë ou trop basse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Est-ce qu'il lui est difficile de garder un fil conducteur quand il/elle veut raconter quelque chose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :				
H1	Est-ce qu'il lui est difficile de s'exprimer avec des phrases complètes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Est-ce qu'il/elle parle d'une voix monotone ou « étrange » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Est-ce qu'il lui est difficile de raconter ses expériences ou certaines situations de façon compréhensible pour l'interlocuteur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Est-ce qu'il lui est difficile d'exprimer ce qu'il/elle désire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Est-ce qu'il lui est difficile de parler de façon fluide, sans balbutier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Est-ce qu'il lui est difficile de prononcer les mots difficiles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Est-ce que l'expression verbale des émotions est difficile pour lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Est-ce qu'il/elle utilise des phrases étranges, des mots désuets ou précieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H9	Est-ce qu'il/elle parle si vite qu'il/elle est difficile à comprendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H10	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H11	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes de langage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H12	A quel âge ont débuté les problèmes de langage ?	Age :		
H13	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

I. Interaction sociale		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
40	Est-ce qu'il lui est difficile d'exprimer ses émotions et réactions par sa mimique, ses intonations ou sa façon de se tenir ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Est-ce qu'il/elle a des problèmes évidents pour trouver ou garder des amis ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Est-ce qu'il/elle montre peu d'intérêt au partage avec les autres de plaisirs, d'intérêts ou d'activités ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Est-ce qu'il/elle ne peut passer un moment avec d'autres que s'il fixe les conditions ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Est-ce qu'il lui est difficile de se comporter comme les copains s'y attendent ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Est-ce qu'il/elle est très influençable par les autres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :					
I1	Est-ce qu'il/elle est perçu(e) comme égocentrique ou égoïste ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Est-ce qu'il/elle est perçu(e) comme différent, excentrique ou singulier (ère) par ses pairs ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Est-ce qu'il lui est difficile de comprendre les indices sociaux comme les mimiques, intonations ou façons de se tenir ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Est-ce qu'il lui est difficile de comprendre les sentiments des autres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Est-ce qu'il lui est difficile de témoigner de respect envers les autres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Est-ce qu'il/elle montre un comportement excessif quand il y a beaucoup de monde ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Est-ce qu'il/elle a l'habitude de partir au milieu d'une conversation ou de changer de sujet abruptement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I8	Est-ce qu'il lui est difficile de savoir comment on doit se comporter dans différentes situations sociales ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I9	Est-ce qu'il/elle se rend parfois ridicule involontairement ou fait-il parfois des remarques naïves ou embarrassantes ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I10	Est-ce qu'il/elle donne souvent l'impression de manquer de sens commun ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I11	Est-ce qu'il lui est difficile de croiser le regard des autres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I12	Est-ce qu'il/elle considère que les relations ne sont pas importantes ou qu'il/elle est mieux seul(e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I13	Est-ce que ses gestes sont gauches, maladroits, étranges ou inhabituels ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I14	Est-ce qu'il lui est difficile d'interpréter ce que les autres expriment par le regard ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I15	Est-ce que son regard est fixe, étrange, particulier, anormal ou singulier ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I16	Est-ce que ces problèmes/particularités ont causé une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I17	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes d'interaction sociale ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I18	A quel âge ont débuté les problèmes d'interaction sociale ?	Age :			
I19	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

J. Flexibilité		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
46	Est-ce qu'il/elle montre un tel engouement pour certains sujets que ça en devient répétitif ou trop intense ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Est-ce qu'il/elle paraît fixé dans des routines au point que cela pose un problème aux autres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Est-ce qu'il/elle a eu une période où il/elle a fait certains mouvements automatiquement quand il/elle était content ou en colère ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Est-ce qu'il/elle s'attache aux détails ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Est-ce qu'il/elle supporte mal les changements mineurs dans la vie quotidienne ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :			
J1	Est-ce que ces problèmes/particularités ont causé une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J2	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes de flexibilité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J3	A quel âge ont débuté les problèmes de flexibilité ?	Age :			
J4	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

K. Tics		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
51	Est-ce qu'il/elle a eu une période où il/elle a fait des bruit involontaires tels que se racler la gorge, renifler, déglutir, aboyer ou pousser des cris ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Est-ce qu'il/elle a jamais présenté des mouvements involontaires, des tics, des contractions ou des grimaces ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Est-ce qu'il/elle fait beaucoup de bruits, par exemple des sifflements, des chantonnements ou des murmures ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :			
K1	Est-ce qu'il/elle dit involontairement (c'est-à-dire sans pouvoir se contrôler) beaucoup de gros mots ou d'injures ?				
K2	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K3	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes de tics ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K4	A quel âge ont débuté les problèmes de tics ?	Age :			
K5	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

L. Compulsions et obsessions	Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
54	Est-ce qu'il/elle a des obsessions, c'est à dire des pensées récurrentes qu'il/elle ne peut pas contrôler, par exemple concernant la saleté, la contamination ou de possibles événements dangereux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Est-ce qu'il/elle a des comportements compulsifs, comme par exemple de se laver les mains, toucher les choses, vérifier, répéter, ranger ou remettre les objets à une certaine place ou compter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :				
L1	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes de compulsions ou d'obsessions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3	A quel âge ont débuté les problèmes de compulsions ou d'obsessions ?	Age :		
L4	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

M. Comportement alimentaire	Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
56	Est-ce qu'il/elle est arrivé que sa prise de poids soit insuffisante pendant au moins un an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Est-ce qu'il/elle a donné l'impression d'avoir peur de prendre du poids et grossir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :				
M1	Est-ce qu'il/elle a suivi un régime tel que cela a entraîné une perte de poids ou l'absence de prise de poids ou qu'il est resté au même poids pendant un certain temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M2	Est-ce qu'il a fait de l'exercice de manière exagérée ou est ce qu'il a porté un intérêt démesuré à son apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M3	Pour les filles : Est-ce qu'elle a eu un arrêt de menstruations pendant au moins trois mois à la suite d'une perte de poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M4	Est-ce qu'il/elle a déjà eu des périodes où il/elle était pris de fringales et/ou vomissait régulièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M5	Est-ce qu'il/elle a essayé de perdre du poids même s'il/elle était déjà mince ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M6	Est-ce qu'il/elle a présenté une anorexie mentale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M7	Est-ce que ces problèmes/particularités ont causé une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M8	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes d'alimentation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M9	A quel âge ont débuté les problèmes d'alimentation ?	Age :		
M10	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

N. Séparations		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.		Oui	Oui, à un certain degré	Non
58	Est-ce qu'il lui est difficile de fonctionner en dehors du foyer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
59	Est-ce qu'il/elle exprime souvent une peur que quelqu'un de la famille meure ou ait un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
60	Est-ce qu'il/elle a une peur irrationnelle de rester seul(e) ou être seul(e) à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
61	Est-ce qu'il lui est difficile de dormir s'il n'y a pas quelqu'un de la famille présent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
62	Est-ce qu'il/elle se plaint souvent de maux de tête, de maux de ventre, de nausées ou de vomissements quand il/elle doit quitter ses proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N1	Est-ce qu'il lui est difficile d'aller à l'école en raison de la crainte d'être séparé de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N2	Est-ce qu'il/elle fait des cauchemars de façon récurrente dans lesquels il apparaît séparé(e) de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N3	Est-ce qu'il/elle a des réactions plus fortes que l'ordinaire quand des amitiés ou autres relations proches prennent fin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N4	Est-ce que ces problèmes/particularités ont causé une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N5	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes de séparation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N6	A quel âge ont débuté les problèmes de séparation ?	Age :				
N7	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

O+P. Opposition et Comportement		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
63	Est-ce qu'il/elle a déjà été si furieux(se) qu'il a été impossible d'avoir un contact avec lui ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Est-ce qu'il/elle est souvent en conflit avec les autres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Est-ce qu'il/elle agace souvent les autres en faisant des choses provocantes exprès ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Est-ce qu'il/elle est facilement fâché(e) ou dérangé(e) par les autres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Est-ce qu'il/elle est facilement irrité(e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Est-ce qu'il/elle ment ou triche souvent ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Est-ce qu'il/elle a déjà volé dans un magasin ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Est-ce qu'il/elle a été physiquement cruel délibérément avec quelqu'un ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Est-ce qu'il/elle prend souvent l'initiative des bagarres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Est-ce qu'il/elle prend ou vole régulièrement des affaires à la maison ou ailleurs ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :					
O1	Est-ce qu'il/elle perd facilement son sang froid ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O2	Est-ce qu'il/elle refuse souvent de suivre les consignes des adultes ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O3	Est-ce qu'il/elle est souvent vindicatif(ve) ou méchant(e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O4	Est-ce qu'il/elle traite mal ses proches délibérément ou leur manque de respect ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O5	Est-ce qu'il/elle rejette souvent la faute sur les autres lorsqu'il fait des erreurs ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P1	Est-ce qu'il/elle menace, tracasse ou humilie souvent les autres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2	Est-ce qu'il/elle est cruel avec les insectes ou les petites bêtes ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3	Est-ce qu'il/elle est cruel(e) avec les animaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4	Est-ce qu'il/elle a déjà déclenché un incendie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5	Est-ce qu'il/elle a déjà abusé sexuellement de quelqu'un ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6	Est-ce qu'il/elle a déjà été arrêté par la police ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7	Est-ce qu'il s'est servi d'une arme qui peut causer des dégâts physiques sérieux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8	Est-ce qu'il/elle a jamais volé quelqu'un		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P9	Est-ce qu'il/elle a essayé de détruire la propriété de quelqu'un délibérément ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P10	Est-ce qu'il/elle a cambriolé la maison, le local ou le véhicule de quelqu'un ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P11	Est-ce qu'il sort souvent tard le soir (et ce depuis au moins l'âge de 13 ans) malgré des interdictions ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P12	Est-ce qu'il/elle s'est enfui(e) du foyer et a passé la nuit ailleurs au moins deux fois (ou une fois si c'était pour une longue durée) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P13	Est-ce qu'il/elle fait souvent l'école buissonnière (et ce depuis au moins l'âge de 13 ans) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP14	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP15	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes d'opposition ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP16	A quel âge ont débuté les problèmes d'opposition ?	Age :			
OP17	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Q. Anxiété		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
73	Est-ce qu'il/elle a déjà eu des attaques de panique avec une peur ou angoisse soudaine parfois accompagnée d'essoufflement et de palpitations) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Est-ce qu'il/elle a peur de quitter la maison, d'être dans la foule, de faire la queue ou de prendre le bus ou le train ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Est-ce qu'il/elle est particulièrement nerveux ou angoissé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :					
Q1	Est-ce qu'il/elle est extrêmement timide ou silencieux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Est-ce qu'il totalement silencieux ou presque dans des situations où on n'est pas supposé l'être ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Est-ce qu'il/elle a peur de faire certaines choses devant les autres, par exemple parler, manger ou écrire (exception : faire des discours) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Est-ce que ces problèmes/particularités ont causé une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes d'anxiété ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6	A quel âge ont débuté les problèmes d'anxiété ?	Age :			
Q7	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

R. Humeur		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.	Oui	Oui, à un certain degré	Non
76	Est-ce qu'il/elle a peu confiance en lui ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Est-ce qu'il/elle se plaint souvent de maux de ventre, de maux de tête, de troubles respiratoires ou d'autres symptômes physiques ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	Est-ce qu'il/elle a eu des périodes où il/elle a été extrêmement actif avec des pensées très rapides ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	Est-ce qu'il/elle est par périodes manifestement susceptible ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	Est-ce que sa confiance en lui varie considérablement d'une situation à l'autre ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à une ou plusieurs de ces questions :					
R1	Est-ce qu'il/elle donne souvent l'impression d'être malheureux(se), triste ou déprimé(e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R2	Est-ce qu'il/elle se plaint souvent de solitude ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R3	Est-ce qu'il/elle exprime souvent un sentiment d'infériorité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R4	Est-ce qu'il a eu une période où rien ne pouvait le/la rendre heureux(se) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R5	Est-ce qu'il/elle a eu des idées ou parlé de se suicider ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R6	Est-ce qu'il/elle a déjà tenté de se suicider ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R7	Est-ce qu'il/elle a souvent une impression de vide ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R8	Est ce qu'il/elle a l'idée que ses talents ne sont pas reconnus à leur juste valeur ?				
R9	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R10	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes d'humeur ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R11	A quel âge ont débuté les problèmes d'humeur ?	Age :			
R12	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

S. Notion de réalité		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.			Oui	Oui, à un certain degré	Non
81	Est-ce qu'il/elle a eu des visions ou vu ce qui n'est pas visible par d'autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si "Oui" ou "Oui, à un certain degré" à cette question :							
S1	Est-ce qu'il/elle a eu l'impression d'être traqué ou poursuivi(e) alors que cela n'était pas le cas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
S2	Est-ce qu'il/elle a déjà entendu des voix ou des sons que personne d'autre ne pouvait entendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
S3	Est-ce que ces problèmes/particularités ont entraîné une altération significative de son fonctionnement à l'école, avec ses copains ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
S4	Est-ce qu'il/elle souffre des problèmes de notion de réalité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
S5	A quel âge ont débuté les problèmes de notion de réalité ?	Age :					
S6	Est-ce qu'ils sont toujours présents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					

T. Autre		Pour toutes les questions, il s'agit de problèmes ou de particularités prononcés présents pendant une période de temps en comparaison avec ses pairs.			Oui	Oui, à un certain degré	Non
82	Est-ce qu'il/elle bégaye ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
83	Est-ce qu'il/elle a été brimé par ses camarades à l'école ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
84	Est-ce qu'il/elle a été obèse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
85	Est-ce qu'il/elle a des troubles de sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
86	Est-ce qu'il/elle fait souvent des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
87	Est-ce qu'il/elle est somnambule ou présente des terreurs nocturnes pendant lesquelles il est difficile d'établir un contact avec lui et le/la consoler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
88	Est-ce qu'il/elle a jamais essayé de se blesser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
89	Est-ce qu'il/elle s'est blessé volontairement de façon répétée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
90	Est-ce qu'il/elle a très peur d'autre chose, par exemple l'avion, le sang, les seringues, l'altitude, les endroits confinés ou certains animaux ou insectes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
91	Est-ce qu'il/elle a présenté plusieurs épisodes d'énurésie nocturne après 5 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
92	Est-ce qu'il/elle s'est sali(e) plusieurs fois après 4 ans en dehors de gastroentérites ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
93	Est-ce qu'il/elle fume ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
94	Est-ce qu'il/elle prend du tabac sous d'autres formes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
95	Est-ce qu'il/elle a déjà eu des problèmes en lien avec l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Est-ce qu'il/elle a déjà eu une période après l'âge de 5 ans pendant laquelle il/elle voulait ne manger que certains types particuliers de nourriture ?						

