

Suivi de la médication pour le TDAH

Médication Nom/dosage : _____ Med 2 Nom/dosage : _____
 (si nécessaire)

Date (jour/mois)	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Med 1 (heure de la prise)							
Med 2 (heure de la prise)							
Heure de fin d'effet							
Heure du déjeuner							
Heures de sommeil							
Temps de sieste							
Comportements souhaités ↑ Grande amélioration ✓ Petite amélioration - Pas de différence *Aggravation							
Reste concentré							
Suit les consignes							
Complète les travaux et devoirs							
Planifie son temps							
Interrompt moins souvent							
Reste en place (moins d'agitation)							
S'entend avec les autres							
Effets secondaires ↑ Remarqué pour la 1ere fois ✓ amélioration - Pas de différence * Aggravation							
Perte d'appétit							
Maux de ventre / tête							
Irritabilité							
Anxiété							
Difficultés de sommeil							
« Éteint » / pas d'émotion							
Isolement social							
Autres :							