

Patient-ID: .....  
Date: .....

Nom thérapeute: .....

### HoNOSCA-F formulaire d'évaluation

0 = pas de problème; 1 = problème mineur ne requérant pas d'intervention,  
2 = problème léger (mais clairement présent); 3 = problème modérément grave  
4 = problème grave à très grave ; 9 = inconnu / non applicable

#### Section A

|  |   |   |   |   |   |                      |
|--|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1. Comportements perturbateurs, antisociaux ou agressifs   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 2. Problèmes de suractivité, d'attention ou de concentration   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 3. Lésions auto-infligées non accidentelles  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 4. Troubles liés à l'abus d'alcool, de substances ou de solvants   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 5. Troubles des aptitudes scolaires ou langagières   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 6. Problèmes associés à une maladie physique ou<br>à un problème d'handicap                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 7. Problèmes liés aux hallucinations, aux délires,<br>aux perceptions anormales                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 8. Problèmes liés aux symptômes somatiques non organiques  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 9. Problèmes sur le plan des émotions avec symptômes associés  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 10. Problèmes dans les relations sociales avec les pairs   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 11. Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne<br>(capacité de prendre soins de soi et indépendance) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 12. Problèmes liés à la vie de famille et aux relations sociales   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| 13. Faible fréquentation scolaire  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="text"/> |
| <b>Total valeurs Section A</b> (il ne faut pas compter pas les valeurs 9!!)                                  |   |   |   |   |   | <input type="text"/> |