



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE AVANT L'INSTAURATION DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DU TDA/H

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

I. ANTÉCÉDENTS

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie cardiaque connue ?

Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà eu des étourdissements ou s'est-il déjà évanoui **pendant** l'effort, une émotion, une peur ?

Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà eu des étourdissements ou s'est-il déjà évanoui **après** un effort ?

Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà été très fatigué pendant ou après un effort (plus que les autres enfants) ?

Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà été essoufflé de manière inhabituelle pendant ou après un effort ?

Oui Non

Votre enfant s'est-il déjà plaint d'une sensation désagréable, de douleur ou de pression au niveau de la cage thoracique dans le cadre d'un effort ?

Oui Non

Votre enfant s'est-il déjà plaint de palpitations cardiaques ?

Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà présenté un des problèmes suivants ?

Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bruit cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une endocardite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une crise d'épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Pour chaque réponse "Oui", veuillez préciser :



II. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Un membre de la famille (du 1^{er} ou du 2^e degré) est-il décédé subitement avant 40 ans (aussi d'un accident, d'une noyade, mort subite du nourrisson) ?

Oui Non

Un membre de votre famille est-il décédé des suites d'un problème cardiaque avant l'âge de 40 ans?

Oui Non

Un membre de votre famille s'est-il déjà évanoui de manière inexplicquée ?

Oui Non

Un membre de votre famille souffre-t-il d'une maladie cardiaque connue (cardiomyopathie hypertrophique, troubles du rythme, cardiomyopathie dilatée, pacemaker, syndrome de Marfan, syndrome du QT long, syndrome du QT court, syndrome de Brugada, hypertension pulmonaire primitive, etc.) ?

Oui Non

Pour chaque réponse "Oui", veuillez préciser :

III. EXAMEN CLINIQUE

• Bruit cardiaque anormal ? Oui Non

• Tension artérielle (déterminer le percentile par rapport à l'âge et à la taille ; répéter deux fois la mesure sur 10 minutes si la première mesure est trop élevée).

Mesure 1 Syst.: _____ Pc: _____ **Mesure 2** Syst.: _____ Pc: _____ **Mesure 3** Syst.: _____ Pc: _____
Diast.: _____ Pc: _____ Diast.: _____ Pc: _____ Diast.: _____ Pc: _____

Chaque mesure > pc 95 → cardiologue pour enfant

• Pouls au repos

_____/minute

6-12 ans > 110/min, à partir de 12 ans > 100/min → cardiologue pour enfant

• Rythme cardiaque irrégulier ? Oui Non



Si une ou plusieurs réponses “Oui” dans la partie 1 ou la partie 2, orientez pour un examen cardiologique.

En cas de pratique intensive d'un sport, un examen cardiologique avec ECG et ECG à l'effort est toujours nécessaire.

Examen effectué par : _____

Cachet

Signature _____

Date _____