

Confidential

Page 1 of 31

# CanFASD Dataform

Preferred language/Langue de préférence:  English  Français

## DEMOGRAPHIC INFORMATION AND PATIENT CHARACTERISTICS

Identification

Site ID

Country  Canada  
 Australia  
 New Zealand  
 United States  
 United Kingdom  
 France  
 Other

Please specify

Province/Territory  AB  
 BC  
 MB  
 NB  
 NS  
 NL  
 NWT  
 NU  
 ON  
 QC  
 SK  
 YK

Type of assessment  Initial Assessment  
 Re-assessment  
 Follow-up

If being re-assessed, was the individual previously given an "At Risk" designation?  Yes  
 No  
 Unknown

Date of Referral

Confidential

Page 2 of 31

---

Month

- January
- February
- March
- April
- May
- June
- July
- August
- September
- October
- November
- December

---

Year

---

---

Source of Referral

- Social Services Agency (e.g., Child and Family Services agency, community support agency)
- Medical Referral
- Education System (e.g., school, daycare)
- Legal System
- Self
- Family referral (e.g., biological, foster, adoptive parent)
- Other

---

Specify

---

---

Reason(s) for referral

Please check all that apply

- Behavioural issues
- Learning difficulties
- Difficulties with the law
- Developmental delays/delays to meet developmental milestones
- Adaptive living problems
- Confirmed prenatal alcohol exposure
- Social skills difficulties
- Self-regulation difficulties (feeding, sleeping, sensory)
- Reassessment
- Follow-up
- Establish eligibility for supports (e.g., financial or developmental support programs)
- Other

---

Please specify

---

---

Was a screening tool used for referral?

- No  Yes

---

Which tool?

---

---

Who did the screen?

---

---

Date of Diagnostic Assessment

---

Confidential

Page 3 of 31

---

Month

- January
- February
- March
- April
- May
- June
- July
- August
- September
- October
- November
- December

---

Year

---

---

Sex

- Male  Female

---

Gender identity

- Male  Female  Other

---

Please specify

---

---

Date of Birth

---

Month

- January
- February
- March
- April
- May
- June
- July
- August
- September
- October
- November
- December

---

Year

---

Confidential

Page 4 of 31

---

Which ethnic group(s) does this person most identify with?

- Caucasian  
 Indigenous  
 African American  
 Latin American  
 South Asian (e.g. East Indian, Pakistani, Sri Lankan, etc.)  
 West Asian (e.g. Iranian, Afghan, etc.)  
 Chinese  
 Filipino  
 Korean  
 Japanese  
 Southeast Asian (e.g. Vietnamese, Cambodia, Laotian, Thai, etc.)  
 Arab  
 Other  
 Unknown

---

Specify

\_\_\_\_\_

---

Current living situation

- Independent  
 With biological mother  
 With biological father  
 With other family member(s)  
 Foster care (non-family member)  
 Adoptive parent(s)  
 Group home  
 Homeless  
 In custody  
 Other

---

Specify other family member(s)

\_\_\_\_\_

---

Specify

\_\_\_\_\_

---

Has a biological parent been diagnosed with FASD?

- No    Yes    Unknown

---

Has a sibling been diagnosed with FASD?

- No  
 Yes  
 Unknown  
 Not applicable (no siblings)

---

#### ASSESSMENT OF PRENATAL ALCOHOL EXPOSURE

---

Prenatal alcohol exposure is:

- Absent (Confirmed)  
 Present (Confirmed)  
 Unconfirmed  
 Unknown

---

Please specify source, if known

\_\_\_\_\_

---

Other prenatal exposures:

## Confidential

Page 5 of 31

	Absent (Confirmed)	Present (Confirmed)	Unknown
Nicotine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiates	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marijuana/cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaine/crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Methamphetamine/speed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescription medications	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other Exposures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Please specify

Other factors

Please check all that apply

- Post-natal trauma  
 Attachment issues  
 Sexual or physical abuse  
 Other

Please specify

## SENTINEL FACIAL FEATURES

Palpebral fissure norms used:

- Canadian norms  
 Thomas  
 Scandinavian  
 Other

Please specify

Palpebral fissure length

- >-1 SD  
 > -2 SD & < -1 SD  
 < -2 SD

Philtrum smoothness

Score on lip-philtrum guide

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

Upper lip thinness

Score on lip-philtrum guide

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

Total number of sentinel facial features present

- 0  
 1  
 2  
 3  
 Inconclusive

## NEUROBEHAVIOURAL ASSESSMENT

Confidential

Page 6 of 31

## Brain Domain Assessment Results

Please indicate how the following brain domain was assessed

	Not impaired	Significant Impairment	Not Assessed	Incomplete
Motor skills	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuroanatomy/Neurophysiology	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cognition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Language	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Academic achievement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Memory	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executive function including impulse control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affect Regulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adaptive behaviour, social skills, or social communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Full scale IQ

Less than 70  
 70  
 71-85  
 greater than 85  
 Unable to calculate

Diagnosis

FASD with sentinel facial features  
 FASD without sentinel facial features  
 At risk for neurodevelopmental disorder and FASD associated with prenatal alcohol exposure  
 No FASD Diagnosis

Do you use another diagnostic schema to record information (i.e. 4-digit code)?

No  Yes

Please provide the 4-digit diagnostic code

\_\_\_\_\_

Other associated features

Please check all that apply

Sleep problems  
 Sensory sensitives  
 Sensory processing  
 Trauma  
 Slower processing speed  
 Gender identity  
 Other

Please specify

\_\_\_\_\_

Other diagnoses

Note: Assessment did not have to occur at this clinic.

## Confidential

Page 7 of 31

	No (Assessed but not diagnosed)	Yes (Assessed and diagnosed)	Not assessed
Congenital malformations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intellectual disability	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADD/ADHD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attachment disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Developmental coordination disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Language disorder/impairment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auditory deficit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visual deficit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tourette's	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anxiety disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autism Spectrum Disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bipolar disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conduct disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mood disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obsessive compulsive disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personality disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PTSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schizophrenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Substance abuse disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suicide attempt(s)/Ideation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppositional defiant disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Please specify \_\_\_\_\_

## MEDICAL HEALTH HISTORY

Growth restriction  No  Yes

Please specify height and weight percentiles \_\_\_\_\_

Microcephaly  Yes  NoFailure to thrive  yes  NoNeurological conditions  No  Yes

Please specify \_\_\_\_\_

Mental health  No  Yes

*Confidential*

Page 8 of 31

---

Please specify

---

Head and neck issues

No  Yes

---

Please specify

---

Cleft Lip Palate

Yes  No

---

Cardiovascular conditions

No  Yes

---

Please specify

---

Respiratory system

No  Yes

---

Please specify

---

Endocrinological conditions

No  Yes

---

Please specify

---

Musculoskeletal

No  Yes

---

Please specify

---

Infectious diseases

No  Yes

---

Please specify

---

Other

No  Yes

---

Please specify

---

MEDICATION



*Confidential*

Page 9 of 31

	No	Yes
Omega-3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glutamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aripiprazole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vortioxetine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minocycline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bupropion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buspirone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clozapine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melatonin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Please list all other current medications

## Stimulants

Medication 1:

\_\_\_\_\_

Medication 2:

\_\_\_\_\_

Medication 3:

\_\_\_\_\_

Medication 4:

\_\_\_\_\_

Medication 5:

\_\_\_\_\_

Medication 6:

\_\_\_\_\_

Medication 7:

\_\_\_\_\_

Medication 8:

\_\_\_\_\_

Medication 9:

\_\_\_\_\_

Medication 10:

\_\_\_\_\_

## Anti-depressants

Medication 1:

\_\_\_\_\_

Confidential

Page 10 of 31

Medication 2:

\_\_\_\_\_

Medication 3:

\_\_\_\_\_

Medication 4:

\_\_\_\_\_

Medication 5:

\_\_\_\_\_

Medication 6:

\_\_\_\_\_

Medication 7:

\_\_\_\_\_

Medication 8:

\_\_\_\_\_

Medication 9:

\_\_\_\_\_

Medication 10:

\_\_\_\_\_

Anti-psychotics

Medication 1:

\_\_\_\_\_

Medication 2:

\_\_\_\_\_

Medication 3:

\_\_\_\_\_

Medication 4:

\_\_\_\_\_

Medication 5:

\_\_\_\_\_

Medication 6:

\_\_\_\_\_

Medication 7:

\_\_\_\_\_

Medication 8:

\_\_\_\_\_

Medication 9:

\_\_\_\_\_

Confidential

Page 11 of 31

---

Medication 10:

---

---

Birth Control Pills

---

Medication 1:

---

---

Medication 2:

---

---

Medication 3:

---

---

Medication 4:

---

---

Medication 5:

---

---

Medication 6:

---

---

Medication 7:

---

---

Medication 8:

---

---

Medication 9:

---

---

Medication 10:

---

---

Hormone replacement therapy

---

Medication 1:

---

---

Medication 2:

---

---

Medication 3:

---

---

Medication 4:

---

---

Medication 5:

---

---

Medication 6:

---

Confidential

Page 12 of 31

---

Medication 7:

---

---

Medication 8:

---

---

Medication 9:

---

---

Medication 10:

---

---

Anti-hypertensives

---

Medication 1:

---

---

Medication 2:

---

---

Medication 3:

---

---

Medication 4:

---

---

Medication 5:

---

---

Medication 6:

---

---

Medication 7:

---

---

Medication 8:

---

---

Medication 9:

---

---

Medication 10:

---

---

Anti-convulsants

---

Medication 1:

---

---

Medication 2:

---

---

Medication 3:

---

Confidential

Page 13 of 31

---

Medication 4: \_\_\_\_\_

---

Medication 5: \_\_\_\_\_

---

Medication 6: \_\_\_\_\_

---

Medication 7: \_\_\_\_\_

---

Medication 8: \_\_\_\_\_

---

Medication 9: \_\_\_\_\_

---

Medication 10: \_\_\_\_\_

---

Other

---

Medication 1: \_\_\_\_\_

---

Medication 2: \_\_\_\_\_

---

Medication 3: \_\_\_\_\_

---

Medication 4: \_\_\_\_\_

---

Medication 5: \_\_\_\_\_

---

Medication 6: \_\_\_\_\_

---

Medication 7: \_\_\_\_\_

---

Medication 8: \_\_\_\_\_

---

Medication 9: \_\_\_\_\_

---

Medication 10: \_\_\_\_\_

---

Are any of the following substances currently being used/misused?

## Confidential

Page 14 of 31

	No	Yes	Unknown
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tobacco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marijuana/cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiates	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solvents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crack/Cocaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Please specify

Are any of the following substance use/misuse treatments currently being accessed?

	No	Yes	Unknown
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tobacco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marijuana/cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Please specify

Are any of the following currently being experienced?

	No	Yes	Unknown	To be followed up after clinic
Teachers assistants prior to diagnosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
School expulsion/suspension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Employment problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Needs help living on own	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Needs assisted or sheltered housing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legal problems: Victim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legal problems: Offender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custody issues/family court	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Special courts jail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regular courts jail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incarcerated	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Which of the following recommendations were made?

## Confidential

Page 15 of 31

	No	Yes	Yes, but service not available
Coaching	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Support (individual or group)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FASD Education	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FASD Early intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Counselling support group	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Counselling or individual therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Couple/family counselling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Substance abuse counselling/therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexual Health Education	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anger Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	No	Yes	Yes, but service not available
Child protection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spousal abuse intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental health support	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Income support	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Food bank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emergency housing/shelter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Daycare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guardianship	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Power of Attorney	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personal directive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Confidential

Page 16 of 31

	No	Yes	Yes, but service not available
Legal aid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services for civil court issues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services for family court issues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speech and language pathologist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behaviour Therapy services (CBT, ABA, IBI, and other BT supports)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medication/psychopharmacology	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Occupational therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accommodations/adaptation in environment, expectations, supports used, or routine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticipatory Guidance/Prevention: for the purpose of increasing awareness and/or decreasing risk of potential future problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Safety: Precautions to be taken or specific measures to deal with safety concerns	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reassessment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other substitute decision-making options	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other legal services	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medical referral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FASD-specific intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES ET CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

Identification

Code de site

Pays

- Canada
- Australie
- Nouvelle-Zélande
- États-Unis
- Royaume-Uni
- France
- Autre

Veuillez préciser



Confidential

Page 17 of 31

Province/Territoire

- AB
- CB
- MB
- NB
- NE
- TN
- TNO
- NU
- ON
- QC
- SK
- YK

Année du diagnostic

Type de diagnostic:

- Une évaluation initiale
- Une réévaluation
- Un suivi

Date de la référence

Mois

- janvier
- février
- mars
- avril
- mai
- juin
- juillet
- août
- septembre
- octobre
- novembre
- décembre

Année

Source de la référence

- Agence des services sociaux (par ex. agence de services à l'enfance et à la famille, agence de soutien communautaire)
- Recommandation médicale
- Système éducatif (par ex. école, garderie)
- Système judiciaire
- Auto-recommandation
- Recommandation de la famille (par ex. parents biologiques, adoptifs, famille d'accueil)
- Autre

Veuillez préciser

Confidential

Page 18 of 31

---

Raison de la référence

Veillez cocher tout ce qui s'applique

- Problèmes de comportement
- Difficultés d'apprentissage
- Problèmes avec le système judiciaire
- Retards de développement/délais en matière de stades de développement
- Problèmes de vie adaptatifs
- Exposition prénatale à l'alcool confirmée
- Difficultés en matière d'aptitudes sociales
- Difficultés d'autorégulation (par ex. nourriture, sommeil, sens)
- Réévaluation
- Suivi
- Pour établir l'éligibilité pour un soutien (financier ou programmes de soutien au développement)
- Autre

---

Veillez préciser

---

---

Est-ce qu'un outil de dépistage a été utilisé pour la référence?

Non  Oui

---

Quel outil?

---

---

Qui a effectué le dépistage?

---

---

Date de l'évaluation multidisciplinaire

---

Mois

- janvier
- février
- mars
- avril
- mai
- juin
- juillet
- août
- septembre
- octobre
- novembre
- décembre

---

Année

---

---

Sexe (biologique)

Homme  Femme

---

Genre

Homme  Femme  
 Autre

---

Veillez préciser

---

---

Date de naissance

Confidential

Page 19 of 31

Mois

- janvier  
 février  
 mars  
 avril  
 mai  
 juin  
 juillet  
 août  
 septembre  
 octobre  
 novembre  
 décembre

Année

Avec quel group ethnique cette personne s'identifie le plus?

- Caucasien  
 Indigène  
 Afro-Américain  
 Latino-Américain  
 Sud-Asiatique (p. ex. Indien de l'Inde, Pakistanais, Sri-Lankais, etc.)  
 Asiatique occidental (p. ex. Iranien, Afghan, etc.)  
 Chinois  
 Philippin  
 Coréen  
 Japonais  
 Asiatique du Sud-Est (p. ex. Vietnamien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais, etc.)  
 Arabe  
 Autre  
 Inconnue

Veuillez préciser

Situation domiciliaire

- Indépendant  
 Avec mère biologique  
 Avec père biologique  
 Avec autre famille  
 Famille d'accueil (personnes qui ne font pas partie de la famille)  
 Parent(s) adoptif(s)  
 Foyer  
 Sans abri  
 En détention  
 Autre

Veuillez préciser autre famille

Veuillez préciser

Est-ce qu'un parent biologique a reçu un diagnostic de TSAF?

- Non  Oui  Inconnue

Confidential

Page 20 of 31

Est-ce qu'un frère ou une soeur a reçu un diagnostic de TSAF

- Non  
 Oui  
 Inconnue  
 Sans objet (enfant unique)

#### EVALUATION DE L'EXPOSITION PRÉNATALE À L'ALCOOL

L'exposition prénatale à l'alcool est:

- Absente (Confirmée)  
 Présente (Confirmée)  
 Non-confirmée  
 Inconnue

Veillez préciser la source, si connue

\_\_\_\_\_

#### Autres expositions prénatales

	Absente (Confirmée)	Présent (Confirmée)	Inconnue
Nicotine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marijuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne/crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Méthamphétamine/speed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicaments prescrits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre expositions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez préciser

\_\_\_\_\_

Autres facteurs

Veillez cocher tout ce qui s'applique

- Traumatisme post-natal  
 Problèmes d'attachement  
 Abus physique ou sexuel  
 Autre

Veillez préciser

\_\_\_\_\_

#### TRAITS FACIAUX CARACTÉRISTIQUES

Normes de fentes palpébrales utilisées:

- Normes canadiennes  
 Thomas  
 Scandinaves  
 Autre

Veillez préciser

\_\_\_\_\_

Longueur de la fente palpébrale

- > -1 ET  
 > -2 ET & < -1 ET  
 < -2 ET

Confidential

Page 21 of 31

Caractère lisse du philtrum  1  
 2  
 Score sur le guide lip-philtrum  3  
 4  
 5

Épaisseur de la lèvre supérieure  1  
 2  
 score sur le guide Lip-philtrum  3  
 4  
 5

Nombre total de traits faciaux caractéristiques présents  0  
 1  
 2  
 3  
 Non concluant

## ÉVALUATION NEUROCOMPORTEMENTALE

Résultats de l'évaluation des domaines du cerveau

Veuillez indiquer si chaque domaine du cerveau a été évalué

	Non Altéré	Altéré	Non évalué
Habilités motrices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuroanatomie/Neurophysiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cognition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rendement scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonction exécutive (y compris le contrôle des impulsions)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Régulation de l'affect	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportement adaptatif, aptitudes sociales, ou communication sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QI global  Inférieur à 70  
 70  
 71-85  
 Supérieur à 85  
 Inconnu/non-calculé

Diagnostic  TSAF avec traits faciaux caractéristiques  
 TSAF sans traits faciaux caractéristiques  
 À risque de trouble neurodéveloppemental et de TSAF associés à l'exposition prénatale à l'alcool  
 Pas de diagnostic de TSAF

Confidential

Page 22 of 31

Utilisez-vous un autre modèle de diagnostic pour enregistrer les informations (c.-à-d. le code diagnostique à 4 chiffres)?  Non  Oui

Veillez donner le code diagnostique à 4 chiffres

\_\_\_\_\_

Autres caractéristiques associées

Veillez cocher tout ce qui s'applique

- Troubles du sommeil  
 Sensibilités sensorielles  
 Déficits de traitement sensoriel  
 Traumatisme  
 Vitesse de traitement réduite  
 identité sexuelle  
 Autre

Veillez préciser

\_\_\_\_\_

Autre diagnostic

Remarque : L'évaluation n'avait pas à se produire à cette clinique spécifique.

	Non (Évalué)	Oui (Évalué et diagnostiqué)	Non évalué
Malformations congénitales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déficience intellectuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TDA/TDAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles d'attachement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dyspraxie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble/Déficience du langage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déficience auditive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déficience visuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie de Gilles de la Tourette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble anxieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du spectre autistique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble bipolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble de comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble de l'humeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble obsessionnel compulsif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble de la personnalité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TSPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble lié à l'abus d'alcool ou d'autres drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tentatives de suicide /idées suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Confidential*

Page 23 of 31

Autres

Veuillez préciser

---

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Retard de croissance

Non

Oui

Veuillez préciser

---

Troubles neurologiques

Non

Oui

Veuillez préciser

---

Problèmes de santé mentale

Non

Oui

Veuillez préciser

---

Problèmes de tête et de cou

Non

Oui

Veuillez préciser

---

Troubles cardiovasculaires

Non

Oui

Veuillez préciser

---

Troubles du système respiratoire

Non

Oui

Veuillez préciser

---

Troubles endocrinologiques

Non

Oui

Veuillez préciser

---

Problèmes musculosquelettiques

Non

Oui

Veuillez préciser

---

Maladies contagieuses

Non

Oui

Veuillez préciser

---

Confidential

Page 24 of 31

Autres  Non  Oui

Veillez préciser \_\_\_\_\_

## MÉDICAMENTS

	Non	Oui
Omega-3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glutamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aripiprazole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vortioxetine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minocycline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bupropion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buspirone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clozapine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melatonin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez dresser une liste des autres médicaments consommés actuellement

## Stimulants

Médicament 1: \_\_\_\_\_

Médicament 2: \_\_\_\_\_

Médicament 3: \_\_\_\_\_

Médicament 4: \_\_\_\_\_

Médicament 5: \_\_\_\_\_

Médicament 6: \_\_\_\_\_

Médicament 7: \_\_\_\_\_

Médicament 8: \_\_\_\_\_

Médicament 9: \_\_\_\_\_



*Confidential*

Page 25 of 31

---

Médicament 10:

---

---

Antidépresseurs

---

Médicament 1:

---

---

Médicament 2:

---

---

Médicament 3:

---

---

Médicament 4:

---

---

Médicament 5:

---

---

Médicament 6:

---

---

Médicament 7:

---

---

Médicament 8:

---

---

Médicament 9:

---

---

Médicament 10:

---

---

Antipsychotiques

---

Médicament 1:

---

---

Médicament 2:

---

---

Médicament 3:

---

---

Médicament 4:

---

---

Médicament 5:

---

---

Médicament 6:

---

*Confidential*

Page 26 of 31

---

Médicament 7:

---

---

Médicament 8:

---

---

Médicament 9:

---

---

Médicament 10:

---

---

Pilule contraceptive

---

Médicament 1:

---

---

Médicament 2:

---

---

Médicament 3:

---

---

Médicament 4:

---

---

Médicament 5:

---

---

Médicament 6:

---

---

Médicament 7:

---

---

Médicament 8:

---

---

Médicament 9:

---

---

Médicament 10:

---

---

Traitement hormonal substitutif

---

Médicament 1:

---

---

Médicament 2:

---

---

Médicament 3:

---

Confidential

Page 27 of 31

---

Médicament 4:

---

---

Médicament 5:

---

---

Médicament 6:

---

---

Médicament 7:

---

---

Médicament 8:

---

---

Médicament 9:

---

---

Médicament 10:

---

---

Antihypertenseurs

---

Médicament 1:

---

---

Médicament 2:

---

---

Médicament 3:

---

---

Médicament 4:

---

---

Médicament 5:

---

---

Médicament 6:

---

---

Médicament 7:

---

---

Médicament 8:

---

---

Médicament 9:

---

---

Médicament 10:

---

---

Anticonvulsivants

Confidential

Page 28 of 31

---

Médicament 1:

---

---

Médicament 2:

---

---

Médicament 3:

---

---

Médicament 4:

---

---

Médicament 5:

---

---

Médicament 6:

---

---

Médicament 7:

---

---

Médicament 8:

---

---

Médicament 9:

---

---

Médicament 10:

---

---

Autres

---

Médicament 1:

---

---

Médicament 2:

---

---

Médicament 3:

---

---

Médicament 4:

---

---

Médicament 5:

---

---

Médicament 6:

---

---

Médicament 7:

---

---

Médicament 8:

---

Confidential

Page 29 of 31

Médicament 9:

---

Médicament 10:

---

Est-ce que les substances suivantes sont présentement consommées/surconsommées?

	Non	Oui	Inconnu
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marijuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solvants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crack/ cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veuillez préciser

---

Est-ce que l'individu en cours d'évaluation poursuit présentement un traitement concernant une substance consommée/surconsommée ?

	Non	Oui	Inconnu
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marijuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veuillez préciser

---

Est-ce que l'individu en cours d'évaluation se trouve dans une ou plusieurs des situations suivantes?

## Confidential

Page 30 of 31

	Non	Oui	Inconnu	Suivi à effectuer après clinique
Aides enseignants avant le diagnostic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expulsion/Suspension de l'école	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes d'emploi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A besoin d'aide pour vivre seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A besoin de logement protégé ou assisté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes juridiques : victime	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes juridiques : accusé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de garde/tribunal de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prison des tribunaux spéciaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prison des tribunaux réguliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incarcération	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lesquelles des recommandations suivantes ont été faites?

	Non	Oui	Service non-disponible
Encadrement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soutien (individuel ou de groupe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stratégies de communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Évaluation/Intervention précoce en matière de TSAF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Groupes de soutien/services de conseil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services de conseils ou thérapie individuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapie de couple/familiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services de conseils/thérapie en matière d'abus d'alcool ou de toxicomanie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Répit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervention contre la violence à l'égard des aînés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Confidential

Page 31 of 31

	Non	Oui	Service non-disponible
Protection de l'enfance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervention contre la violence conjugale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soutien en matière de santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide au revenu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banque alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logement/Abri d'urgence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garderie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instructions personnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Non	Oui	Service non-disponible
Aide juridique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services pour les problèmes au tribunal civil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services pour les problèmes au tribunal de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthophoniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
services de thérapie du comportement (ABA/IBI et autres soutiens)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicaments/Psychopharmacologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logement/Adaptation en environnement, attentes, soutiens ou routine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseils de prévention et d'orientation: dans le but d'augmenter la sensibilisation et/ ou réduire les problèmes potentiels à venir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sécurité : précautions à prendre ou mesures spécifiques pour gérer des inquiétudes en matière de sécurité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réévaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Options de prise de décisions alternatives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres services juridiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres références médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>