

Le T.O.V.A. formulaire d'observation est conçu pour fournir des informations sur les facteurs qui peuvent influencer les résultats du T.O.V.A. Les informations **avant le test** peuvent aider le clinicien à comprendre certaines des conditions qui peuvent influencer T.O.V.A. les performances. Les informations **pendant le test** fournissent des indices comportementaux et d'autres informations qui n'ont pas été recueillies par le T.O.V.A. Les informations **après le test** peuvent donner un aperçu de l'approche du sujet et de son expérience du test.

Section 1: Avant le test

Nom : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : _____

Date du test : _____ Heure du test : _____ AVANT-MIDI/APRÈS-MIDI Type de test : ___Visuel ___Auditif

Heures de sommeil la nuit dernière : _____

	Type	Montant	Dernière dose (Heures)	Durée d'utilisation (j/s/m/a)
Médicament de stimulation				
Consommation de caféine				
Consommation de nicotine				
Médicaments/Autres				
Médicaments/Autres				

Autres observations ou commentaires avant le test :

Section 2: Pendant le test

Résultats du test pratique : RTV : _____ ms RT : _____ ms Omissions : _____ Commissions : _____

Veuillez évaluer tous les comportements observés quart par quart. Notez tous les comportements qui ne figurent pas dans la liste ci-dessous sous « Autres » ou « Distractions externes ». Encercler la partie du quart où le comportement s'est produit. Chaque nombre (1-5) correspond aux minutes de chaque quart. Pour les sessions de tests courts (par exemple, les sessions pour les enfants de 4 à 5 ans), seuls les quarts 1 et 2 doivent être utilisés.

Quart		1	2	3	4
Temps au début du quart (quart est de 5 min 12 sec)					
Parle, émet des sons	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Se trémousse/tapote les pieds et/ou les doigts	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Bouge sur sa chaise (se penche, tourne, etc.)	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Détourne le regard de l'ordinateur	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Cesse de répondre	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
S'endort	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Couvre l'écran avec la main	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Se plaint	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Nécessité d'une incitation	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Distractions externes (liste) : _____	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Autres (liste) : _____	Minute #	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Commentaires non sollicités faits par le sujet pendant le test :

Section 3: Après le test

Commentaires non sollicités faits par le sujet à la fin du test :

Réponse à « Comment ça s'est passé? » et/ou « Comment vous en êtes-vous sorti? » :

Autres observations/commentaires :