

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE DANS LA DÉMENCE (IFD)

Nom:			No de dossier:
Date:	MMS:	GDS:	IFD:
Répondant:		Degré de parenté ou autre:	
Préciser tout désordre du système moteur ou sensitif:			
Examineur:			Durée:

Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) _____, sans aide ou rappel,

HYGIÈNE

COTATION: OUI=1 NON=0 N/A=Non Applicable

		Initiative	Planification & Organisation	Action Efficace
A entrepris de se laver ou de prendre un bain ou douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A entrepris de se brosser les dents ou de nettoyer sa prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A décidé de prendre soin de ses cheveux (laver et peigner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A préparé l'eau, les serviettes, le savon pour se laver ou prendre un bain ou une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'est lavé/e et séché/e complètement, toutes les parties du corps, de façon sécuritaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'est brossé/e les dents ou a nettoyé sa prothèse dentaire adéquatement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pris soin de ses cheveux (laver et peigner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HABILLAGE

A entrepris de s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A choisi des vêtements appropriés (selon l'occasion, la météo, l'état de propreté et l'agencement des couleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'est habillé/e dans l'ordre approprié (sous-vêtements, robe/pantalon, chaussures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'est habillé/e complètement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'est déshabillé/e complètement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTINENCE

A décidé d'utiliser les toilettes au moment opportun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A utilisé les toilettes sans "accidents"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALIMENTATION

A décidé qu'il/elle avait besoin de manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A choisi les ustensiles ou assaisonnements appropriés en mangeant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mangé ses repas à une vitesse normale et observé les bonnes manières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRÉPARATION DE REPAS

A entrepris de se préparer un repas léger ou une collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A correctement planifié un repas léger ou une collation (ingrédients, ustensiles de cuisine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A préparé ou fait cuire un repas léger ou une collation de façon sécuritaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UTILISATION DU TÉLÉPHONE

A entrepris de téléphoner à quelqu'un de précis à un moment convenable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A correctement trouvé et composé un numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenu et complété adéquatement une conversation téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A noté et transmis adéquatement un message téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE DANS LA DÉMENCE (IFD)

Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) _____, sans aide ou rappel,

DÉPLACEMENTS A L'EXTÉRIEUR

COTATION: OUI=1 NON=0 N/A=Non Applicable

	Initiative	Planification & Organisation	Action Efficace
A entrepris de sortir à l'extérieur (marche, visite, magasinage) à un temps approprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A organisé une sortie adéquatement tel que le mode de transport, clefs, destination, météo, argent nécessaire et liste d'achat(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est sorti/e et s'est rendu/e à une destination familière sans se perdre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A utilisé de façon sécuritaire un moyen de transport (auto, autobus, taxi) approprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est revenu/e de magasiner avec les articles appropriés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FINANCES ET CORRESPONDANCE

A démontré de l'intérêt pour ses affaires personnelles, telles que ses finances ou sa correspondance écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A organisé ses finances pour payer ses factures (chèques, carnet de banque, factures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A organisé sa correspondance adéquatement tel que le papier à lettres, les adresses, les timbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A manipulé adéquatement son argent (faire de la monnaie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÉDICATION

A décidé de prendre ses médicaments au bon moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pris ses médicaments tels que prescrits (selon la bonne dose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LOISIRS ET ENTRETIEN DOMESTIQUE

A démontré de l'intérêt dans une/des activité(s) de loisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A démontré de l'intérêt dans les travaux domestiques qu'il/elle avait l'habitude d'effectuer dans le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A planifié et organisé adéquatement des tâches domestiques qu'il/elle avait l'habitude d'effectuer dans le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A complété adéquatement des tâches domestiques qu'il/elle avait l'habitude d'effectuer dans le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est demeuré/e seul/e à la maison en toute sécurité au besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

SOUS-TOTAL / #items applicables	/	/	/
IFD TOTAL / #items applicables	/		
IFD TOTAL en pourcentage			