



TROUBLES NEUROCOGNITIFS ÉVALUATION INITIALE

Consentement: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Représentant légal <input type="checkbox"/> Double identification faite				
Langues parlées :	Langue de l'évaluation :			
Pays d'origine :	Nb d'années de scolarité :			
Emploi actuel ou antérieur :	Âge :			
Personne significative :				
Téléphone :				
Données recueillies par l'infirmière auprès du :				
<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Autre (lien) :			
<input type="checkbox"/> En personne	<input type="checkbox"/> Au téléphone			
GÉNOGRAMME				
Connu par spécialiste mémoire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Précisez :				
Sommaire et symptômes				
Médecin de famille/ IPS:				
Date de la dernière hospitalisation :				
Raisons :				
MÉDICATION : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Allergies :				
Nombre d'hospitalisation dans la dernière année :				
Poids : Kg Gain ou perte récente :				
Géré par : Observance <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Difficulté : <input type="checkbox"/> Voir <input type="checkbox"/> Parler <input type="checkbox"/> Entendre <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Douleur				
<input type="checkbox"/> Aricept <input type="checkbox"/> Exelon <input type="checkbox"/> Reminyl <input type="checkbox"/> Ebixa				
<input type="checkbox"/> Chute récente : Date :				
Date début : Date RAMQ :				
Apparition des troubles : <input type="checkbox"/> Graduelle <input type="checkbox"/> Soudaine <input type="checkbox"/> Depuis :				
PRN (comportement) : Dose :				
Antécédents psychiatriques :				
Impact pharmaco sur la cognition <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Antécédents trauma à la tête :				
Profil pharmaco vu par pharmacien <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Antécédents familiaux de TNC <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Qui? :				
BCM fait <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non date :				
Facteurs de risque cognitif à contrôler :				
Pharmacie :				
Dernière imagerie cérébrale :				
Tél. : Téléc. :				
	PROBLÈME	COMPENSÉ	COMMENTAIRES	
HABITUDES DE VIE	O	N	O	N
Alimentation/Hydratation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac/Alcool/Drogue + quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil/Sieste/Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisirs/Activité physique et sociales				
AVQ/AVD	O	N	O	N
Se nourrir/Se laver/S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretenir sa personne (se raser, cheveux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction vésicale/intestinale/Utiliser la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretenir la maison intérieur/extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les moyens de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son budget/ Payer ses factures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom :

Prénom :

Dossier :

COMPORTEMENT/HUMEUR/SCPD	PROBLEME		COMPENSÉ		COMMENTAIRES			
	O	N	O	N				
Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Agressivité/Irritation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hallucination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
État dépressif/Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Idées paranoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Errance/fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
COGNITION	O	N	O	N				
Répète des propos /pose les mêmes questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Oublie les faits récents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Oublie les fêtes/événements de famille/ RDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cherche ses mots/ nom de personnes/ objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
A des difficultés d'attention/concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Erreurs de jugements récentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
AUTOCRITIQUE								
<input type="checkbox"/> Altérée <input type="checkbox"/> Limitée <input type="checkbox"/> Bonne								
Précisez :								
CONDUITE AUTOMOBILE	O	N		O	N	O	N	
Conduite automobile active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Égarements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contraventions fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permis retiré par la SAAQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se fait klaxonner souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidents/accrochage récents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La famille laisse le patient conduire seul des jeunes enfants <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non								
Conduite auto à risque identifiée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Formulaire M28 de la SAAQ transmis au médecin pour évaluation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non								
Commentaires :								
SITUATION SOCIALE								
Milieu de vie (type d'habitation) :			Habite avec :					
Situation de crise imminente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :								
Risques à domicile identifiés:								
Mandat en cas d'inaptitude <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Homologué <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Mandataire :								
Procuration <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Bancaire/Au nom de : <input type="checkbox"/> Testament <input type="checkbox"/> Directives médicales anticipées								
Commentaires :								
SITUATION DU PROCHE AIDANT								
État de santé physique de l'aïdant								
État de santé psychologique de l'aïdant								
Fardeau de Zarit (si calculé): /88								
Soutien communautaire :								
Commentaires :								
TESTS COGNITIFS								
MMSE : /30			MOCA : /30			Autres :		
Antérieur : /30 Date :			Antérieur /30 Date :					
SIGNES VITAUX								
TA :		mmHg - FC :		batt/min - FR :		resp/min – Température :		°C – Poids : kg

