



TROUBLES NEUROCOGNITIFS SUIVI INFIRMIER

Consentement: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Représentant légal :		<input type="checkbox"/> Double identification faite	
ÉVALUATION			
Complété avec : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Aidant <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		<input type="checkbox"/> en personne <input type="checkbox"/> au téléphone	
Aide technique <input type="checkbox"/> Audition <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Mobilité, précifiez :			
Dx cognitif :		Date : Suivi par spécialiste : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, précisez :	
Voyez-vous une progression de vos déficits depuis la dernière visite ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, précisez :			
Comment décrivez-vous cette progression ? <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Graduelle <input type="checkbox"/> En paliers <input type="checkbox"/> Stable			
Oubliez-vous parfois les robinets ouverts ou la cuisinière allumée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, précisez :			
Avez-vous davantage de difficultés dans la gestion de vos finances ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :			
<input type="checkbox"/> Comportement agressif	<input type="checkbox"/> Errance	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Dépression / tristesse
<input type="checkbox"/> Incontinence urine	<input type="checkbox"/> Incontinence selles	<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Agitation
<input type="checkbox"/> Changement de comportement	<input type="checkbox"/> Égarement d'objets / vols	<input type="checkbox"/> Pertes	
<input type="checkbox"/> Oublis de rendez-vous	<input type="checkbox"/> Oublis des noms des membres de votre famille		
<input type="checkbox"/> Autres symptômes :			
MÉDICATION : Voir formulaire du suivi des IAC ou de Mémantine			
<input type="checkbox"/> Flacons <input type="checkbox"/> Dosette <input type="checkbox"/> Dispill <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Supervision par :		<input type="checkbox"/> Dépendant de :	
Impact pharmaco sur la cognition <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			
Profil pharmaco révisé par pharmacien <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :		Effets anticholinergiques <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
BCM fait <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :			
Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précifiez :			
Mémantine : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			
<input type="checkbox"/> formulaire <i>Troubles neurocognitifs : suivi de la médication</i> complété			
PRN pour les troubles cognitifs: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Molécule :		Dose :	
Raison :		Efficacité :	
SERVICES EN PLACE			
Organismes	Services	Personne contact	Coordonnées
Services supplémentaires demandés par le pt ou le proche :			
Êtes-vous en attente d'hébergement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, précisez :			
Au proche aidant : Seriez-vous confortable de laisser le patient seul à la maison pour 2 semaines <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Pourquoi ?			
AUTOCRITIQUE DU PATIENT			
<input type="checkbox"/> Altérée <input type="checkbox"/> Limitée <input type="checkbox"/> Bonne			
Précisez:			

