



TROUBLES NEUROCOGNITIFS SUIVI INFIRMIER DE LA MÉDICATION

Consentement: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Représentant légal		<input type="checkbox"/> Double identification faite							
Diagnostic cognitif :		Date :	Début du traitement :						
Molécule:		Date de renouvellement RAMQ :							
Dose :		Date du dernier changement de dose :							
Observance du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :									
ÉVALUATION Faite auprès de <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Proche aidant :									
	Stable	Détérioration	Amélioration	Commentaires					
Fonctionnement intellectuel, Y compris la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
AVD et AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Interaction sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
EFFETS SECONDAIRES (Cochez tous les effets observés)									
<input type="checkbox"/> Trouble du sommeil	<input type="checkbox"/> Nausée	<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Inappétence/ Anorexie					
<input type="checkbox"/> Crampes musculaire	<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Diaphorèse	<input type="checkbox"/> Étourdissement	<input type="checkbox"/> Agitation					
<input type="checkbox"/> Confusion	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Problème de peau							
<input type="checkbox"/> Autres, précisez :									
SIGNES VITAUX ET ANALYSES									
TA Assis :	mmHg -	TA Debout :	mmHg	FC :	batt/min -	FR :	resp/min –	Température :	°C
Poids :	Poids antérieur :		<i>*Alerte si perte de poids > 2kg/ 6 mois</i>						
Dernier ECG	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	Résultats :	date :					
Fonction rénale	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> anormale	Résultats :	date :					
Fonction hépatique	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> anormale	Résultats :	date :					
MÉDICATION									
Profil pharmacologique révisé par un pharmacien: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non date :									
Prise de PRN : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :									
Infos ci-haut transmises à MD/IPS :			Signature :		Date :				
NOM			SIGNATURE		DATE				