



Questionnaire d'évaluation des SCPD

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____ Expiration : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

État civil : C M V S D Sexe : M F Âge : _____

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aaaa _____

Lieu de naissance : _____

Langue(s) parlée(s) : Français Anglais Autres : _____

Nom et prénom du père : _____

Nom et prénom de la mère (nom de fille) : _____

Personne contact

Nom de cette personne : _____ Lien : _____

Tél. résidence : _____ Tél. bureau : _____

Enfants

Oui nombre : _____ Non

Aidants significatifs : _____

Emplois antérieurs : _____

Retraité depuis quand? : _____ Niveau de scolarité : _____

Droitier Gaucher

RAISON DE LA CONSULTATION

Déficits sensoriels

Vision : _____

Audition : _____

Appareillés? Oui Non

Histoire de chutes : Oui Non

Nécessite aide technique : Oui Non Si oui, précisez : _____

Système sonore de prévention des chutes : Oui Non Si oui, précisez : _____

Utilisation de contentions physiques : Oui Non Si oui, précisez : _____

Abus de substances (alcool, drogues, benzos, narcotiques) : Oui Non Si oui, précisez : _____

Démence

Type : _____

Diagnostic posé par : _____ Date : _____

Essai pharmacologique :

Aricept : Oui Non Dosage : _____ Date : _____

Si échec, raison de l'arrêt : _____

Reminyl : Oui Non Dosage : _____ Date : _____

Si échec, raison de l'arrêt : _____

Exelon : Oui Non Dosage : _____ Date : _____

Si échec, raison de l'arrêt : _____

Ebixa : Oui Non Dosage : _____ Date : _____

Si échec, raison de l'arrêt : _____

Delirium depuis moins d'un an? Oui Non Si oui, quelle est la cause, si connue : _____

AVC : Oui Non Si oui, année : _____

Épilepsie : Oui Non

Traumatisme crânien : Oui Non Si oui, année : _____ Séquelles : _____

Facteurs de risque vasculaires

Hypertension artérielle : Oui Non

Tabagisme : Oui Non

Dyslipidémie : Oui Non

Obésité : Oui Non

Diabète : Oui Non

IMC : _____

Hyperthyroïdie : Oui Non

Hypothyroïdie : Oui Non

Autres diagnostics : _____

Sommeil

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun problème | <input type="checkbox"/> Difficulté d'endormissement |
| <input type="checkbox"/> Inversion cycle éveil-sommeil | <input type="checkbox"/> Réveil précoce |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars | <input type="checkbox"/> Ronflements |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Mouvements et paroles durant le sommeil |
| <input type="checkbox"/> Besoin de se lever la nuit pour uriner. Si oui, fréquence : _____ | |

Alimentation

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun problème | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit |
| <input type="checkbox"/> Augmentation d'appétit | <input type="checkbox"/> Perte de poids : _____ lbs |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de poids : _____ lbs | <input type="checkbox"/> Gloutonnerie |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de l'intérêt pour les aliments sucrés | |

Constipation : Oui Non

Y a-t-il des signes d'infection : Oui Non

Résultat de la dernière culture et analyse d'urine : _____

Date du dernier bilan gériatrique : _____

Résultats :

FSC :	_____
Électrolytes :	_____
Bun /créatinine :	_____
Fonction hépatique :	_____
TSH :	_____
B12 et folates :	_____
Glycémie :	_____
Bilan lipidique à jeun :	_____
Calcium, magnésium, phosphore :	_____
QTc :	_____
ECG :	_____
Scan cérébral :	_____
Date :	_____
Résultats :	_____

Signes vitaux

Poids : _____ stable depuis 3 mois? Oui Non Si non, précisez : _____

Tension artérielle : _____

Rythme cardiaque : _____

Rythme respiratoire : _____

Température : _____

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Antécédents psychiatriques (ex. : anxiété, dépression, manie, psychose) : _____

Est-ce que la personne est ou a déjà été suivie en psychiatrie? Oui Non

Si oui, nom du psychiatre : _____

Périodes : _____

A-t-elle déjà été hospitalisée en psychiatrie? Oui Non

Si oui, les dates : _____

A-t-elle déjà posé des gestes suicidaires ou hétéro-agressifs? Oui Non

A-t-elle déjà été traitée par électroconvulsivothérapie? Oui Non

Quels ont été les traitements psychiatriques :

Pharmacologiques? (détaillez le nom des médicaments, la dose et la durée) : _____

Non pharmacologiques? (détaillez les essais et les résultats) : _____

MÉDICATION ACTUELLE

Joindre la liste actuelle (nom, heure d'administration et dose)

Une nouvelle médication a-t-elle été introduite dans les dernières semaines? Oui Non

Si oui, détaillez : _____

Une médication a-t-elle été cessée dans les dernières semaines? Oui Non

Si oui, pourquoi? : _____

Dans la liste actuelle, y a-t-il des médicaments pouvant influencer son comportement et/ou sa cognition (ex. : médication avec potentiel anticholinergique)? Oui Non

Si oui, détaillez : _____

Est-ce qu'il y a des interactions potentielles entre ses médicaments?

Oui Non

Si oui détaillez : _____

Est-ce que des PRN sont utilisés?

Oui Non

Si oui, détaillez l'utilisation au cours de la dernière semaine :

Date	Type (ex. : Ativan)	Dosage	Heures d'administration
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

COGNITION

Évaluations cognitives antérieures (inscrire tous les résultats retrouvés)

MMSE

Date et résultat : _____

3-MS

Date et résultat : _____

MoCA

Date et résultat : _____

PECPA-25

Date et résultat : _____

Décrire quels sont les symptômes cognitifs :

Mémoire : _____

Langage : _____

Orientation : _____

Fonctions exécutives : _____

Gnosies : _____

Praxies : _____

Consultations spécialisées

Évaluation en neurologie : Oui Date : _____ Non

Conclusion et recommandations (détaillez) : _____

Évaluation en gériatrie : Oui Date : _____ Non

Conclusion et recommandations (détaillez) : _____

Évaluation en neuropsychologique : Oui Date : _____ Non

Conclusion et recommandations (détaillez) : _____

Évaluation en ergothérapie : Oui Date : _____ Non

Conclusion et recommandations (détaillez) : _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Psychiatriques : _____

Cognitifs : _____

AUTONOMIE FONCTIONNELLE (Détaillez si besoin d'encadrement ou si autonome)

AVQ (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer) : Autonome Nécessite encadrement

Détaillez : _____

AVD (ménage, lavage, commissions, faire ses repas) : Autonome Nécessite encadrement

Détaillez : _____

Prise de la médication : Autonome Nécessite encadrement

Détaillez : _____

Gestion financière : Autonome Nécessite encadrement

Détaillez : _____

Est-ce que la personne conduit une automobile? Oui Non

Si oui : Accidents dans la dernière année : Oui Non

Contraventions : Oui Non

Changement des habitudes de conduite : Oui Non

Inquiétude des proches : Oui Non

Régime de protection

Mandat en cas d'inaptitude fait : Oui Non Homologué : Oui Non

Nom du mandataire : Oui Non

Procuration bancaire : Oui Non Procuration notariée : Oui Non

Nom du procureur : _____

Tutelle privée : Oui Non Tutelle publique : Oui Non

Nom du tuteur : _____

Curatelle privée : Oui Non Curatelle publique : Oui Non

Nom du curateur : _____

Testament : Oui Non

COMPORTEMENT { Joindre un NPI }

Cochez et précisez les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence présents :

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Délires | <input type="checkbox"/> Hallucinations | <input type="checkbox"/> Agitation | } <i>Joindre questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures</i> } |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Euphorie | |
| <input type="checkbox"/> Apathie | <input type="checkbox"/> Désinhibition | <input type="checkbox"/> Irritabilité | |
| <input type="checkbox"/> Comportements moteurs aberrants | <input type="checkbox"/> Changements du sommeil | <input type="checkbox"/> Résistance aux soins d'hygiène | |
| <input type="checkbox"/> Changement d'appétit | | | |
| <input type="checkbox"/> Autres | Précisez : _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |

Décrire avec précision, quel est le comportement le plus problématique : _____

QUAND survient-il?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aux soins d'hygiène? | } <i>Joindre une grille d'observation comportementale</i> } |
| <input type="checkbox"/> Lors de la prise de médicaments ? | |
| <input type="checkbox"/> Lors de la prise des signes vitaux? | |
| <input type="checkbox"/> Autre (Détaillez) : _____ | |

Depuis quand le comportement est-il présent? _____

À quel moment de la journée se manifeste-t-il?

- Matin Après-midi Soir
- Nuit Changement de quart de travail Heure : _____

Quelle est sa fréquence?

Plusieurs fois par heure

Plusieurs fois par jour

À tous les jours

Chaque semaine

Y a-t-il un moment où le comportement est :

Absent? Oui Non Détaillez : _____

Plus fréquent? Oui Non Détaillez : _____

OÙ survient-il?

À quel endroit le comportement survient-il?

Dans la chambre de l'utilisateur

Dans les aires communes

Dans le salon, salle à manger, corridor

Salle d'eau (douche, bain)

Dans d'autres chambres

Autre (Précisez) : _____

Avec QUI survient-il?

Le comportement survient le plus souvent avec : _____

Le comportement survient le moins souvent avec : _____

Est-ce :

En présence de certains intervenants en particuliers? Oui Non

En présence d'autres usagers? Oui Non

En présence des proches? Oui Non

Détaillez : _____

Qu'est-ce qui survient **immédiatement avant** le comportement? (le contexte) _____

Et **immédiatement après**? _____

Quelles sont les **interventions** qui ont été tentées pour réduire ce comportement jusqu'à maintenant?

Lesquelles sont **efficaces** ? _____

Lesquelles ne sont **pas efficaces**? _____

Y a-t-il utilisation de contention physique? Oui Non

Si oui, détaillez : _____

Quels sont les **signes précurseurs** au comportement (ex. : hausse le ton, regard furieux)? _____

Quel est l'**impact** du comportement sur

Le résident? _____

Les autres résidents? _____

Les soignants? _____

Les proches? _____

Est-ce qu'il y a des éléments négatifs dans l'environnement de la personne?

Visuel (ex. : trop de personnes) _____

Olfactif (ex. : odeurs désagréables) _____

Thermique (ex. : froid ou chaud) _____

Auditif (ex. : bruit, alarme) _____

Y a-t-il une **routine quotidienne adaptée** à l'utilisateur? Oui Non

Y a-t-il des **repères de temps et d'espace**? Oui Non

Est-ce que sa chambre est **personnalisée**? Oui Non

Y a-t-il dans l'environnement une **signalisation simplifiée et adaptée** (ex. : pictogrammes) pour identifier les lieux communs et les toilettes? Oui Non

Le comportement ou la présence **d'autres personnes** peuvent-ils affecter l'utilisateur? Oui Non

Détaillez : _____

Est-ce que l'utilisateur participe à des :

Joindre le questionnaire d'histoire de vie

Activités physiques? Oui Non Détaillez : _____

Activités sociales? Oui Non Détaillez : _____

Sorties à l'extérieur? Oui Non Détaillez : _____

Visites? Oui Non Détaillez : _____

Est-ce que le **personnel a été formé** pour intervenir auprès d'utilisateurs avec des SCPD? Oui Non

Détaillez : _____

Le personnel soignant est-il **stable**? Oui Non

Est-ce que le milieu prône une **approche centrée sur les besoins de l'utilisateur** (et non centrée sur la tâche)? Oui Non

Connaît-on l'**histoire de vie** de cet utilisateur? Oui Non

Y a-t-il un élément explicatif au comportement dans son histoire de vie? _____

Est-ce que la personne a vécu un **événement particulier** récemment qui pourrait expliquer son comportement?

