



## 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 :	<b>GÉNOGRAMME</b>
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	Connu par spécialiste mémoire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Précisez :	
<b>Sommaire et symptômes</b>	
Médecin de famille/ IPS:	
Date de la dernière hospitalisation :	<b>MÉDICATION :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Raisons :	Allergies :
Nombre d'hospitalisation dans la dernière année :	<input type="checkbox"/> Pilulier <input type="checkbox"/> Dispill préparé par :
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. :
	<b>COMMENTAIRES</b>
<b>HABITUDES DE VIE</b>	<b>O</b> <b>N</b> <b>O</b> <b>N</b>
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	
<b>AVQ/AVD</b>	<b>O</b> <b>N</b> <b>O</b> <b>N</b>
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'aidant								
État de santé psychologique de l'aidant								
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		

