



S M 0 2 4 0 7

**TROUBLES NEUROCOGNITIFS
OPINION DU PROCHE AIDANT**

Consentement: Patient Représentant légal Double identification faite

1. Cochez les activités pour lesquelles vous notez un **CHANGEMENT** chez votre proche.
2. **Depuis quand** avez-vous noté ces changements (3 mois, 6 mois, 1 an, 2ans, etc.) ?
3. Précisez par des **exemples** et des détails.

Changement dans la capacité à :	Exemples	Depuis quand ?
<input type="checkbox"/> Se nourrir <input type="checkbox"/> Préparer les repas <input type="checkbox"/> Exécuter une recette simple <input type="checkbox"/> Utiliser un appareil électronique <input type="checkbox"/> Faire l'épicerie		
<input type="checkbox"/> Garder son environnement propre <input type="checkbox"/> Amorcer et compléter une tâche <input type="checkbox"/> Apprendre de nouvelles choses		
<input type="checkbox"/> Identifier ses besoins <input type="checkbox"/> Planifier les courses <input type="checkbox"/> Gérer ses finances <input type="checkbox"/> Prendre des décisions		
<input type="checkbox"/> Participer à des activités sociales <input type="checkbox"/> Avoir des loisirs et passe-temps <input type="checkbox"/> Prendre soin de son apparence <input type="checkbox"/> Changer ses vêtements et les maintenir propres		
<input type="checkbox"/> Reconnaître des lieux <input type="checkbox"/> Respecter la signalisation et les limites de vitesse <input type="checkbox"/> Utiliser les moyens de transport (voiture, autobus, métro)		
<input type="checkbox"/> Gérer ses rendez-vous <input type="checkbox"/> Comprendre et retenir des informations diverses <input type="checkbox"/> Retenir l'endroit où il a placé ses objets		

Nom :

Prénom :

Dossier :

Changement dans l'habileté à :	Exemples	Depuis quand ?
<input type="checkbox"/> Nommez des objets <input type="checkbox"/> Trouver ses mots dans une conversation <input type="checkbox"/> Suivre une conversation de groupe		
<input type="checkbox"/> Se concentrer sur une tâche <input type="checkbox"/> Faire deux tâches simultanément <input type="checkbox"/> Savoir réagir dans une situation inhabituelle <input type="checkbox"/> Organiser et planifier des tâches		
Changement d'humeur et/ou de comportement	Exemples	Depuis quand ?
<input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Irritabilité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Paranoïa <input type="checkbox"/> Comportements inappropriés <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité, apathie <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Désinhibition <input type="checkbox"/> Jugement altéré		
Seriez-vous confortable de laisser votre proche seul à la maison pendant 2 semaines ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi ?		
VOTRE SITUATION COMME PROCHE AIDANT		
Éprouvez-vous de difficultés de santé physique ? Lesquelles ?		
Éprouvez-vous de difficultés émotionnelles ? Lesquelles ?		
Quel soutien recevez-vous et qui vous le fournit ?		
Comment votre situation de proche aidant pourrait être améliorée ?		
SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE		
Cette évaluation a été transmise à Dr/IPS: _____		Date : _____
Signature: _____		Date : _____