

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance maladie
NOM :	PRÉNOM :

**Centre intégré universitaire  
de santé et de services sociaux  
du Nord-de-l'Île-de-Montréal**

Soins infirmiers

**ÉVALUATION COGNITIVE - INITIALE**

GMF    GAP    Autre : \_\_\_\_\_

Site : \_\_\_\_\_

Date de la consultation : AAAA/MM/JJ	<input type="checkbox"/> Double identification
Repéré/réfé par : _____	

**Consentement**

<input type="checkbox"/> Consultation téléphonique <input type="checkbox"/> Déroulement du rendez-vous expliqué à l'utilisateur <b>Consentement obtenu auprès de :</b> <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Personne autorisée (Nom : _____ lien : _____)
Autorisation à communiquer avec un proche pour échanger des informations complémentaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si autre que la personne autorisée ci-dessus, précisez : Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

**Collecte de données**

*S'assurer que l'évaluation de santé est stable avant de poursuivre l'évaluation cognitive*

Description de la plainte (ex: répète des questions, cherche ses mots, oublis de mots/rdv/noms, erreur de jugement récents, oublis faits récents) : _____ _____ _____ _____
Évaluation TNC antérieure ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Si oui, préciser : _____ _____
Attentes de l'utilisateur et/ou de ses proches : _____ _____ _____
<b>Observations générales</b> (démarche, apparence, autocritique, état affectif actuel...) _____ _____ _____

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance maladie
NOM :	PRÉNOM :

ACTD				
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stable	<input type="checkbox"/> Instable
HTA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stable	<input type="checkbox"/> Instable
MCAS	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stable	<input type="checkbox"/> Instable
Infarctus/AVC (moins de 3 mois)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Delirium (moins de 3 mois)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Contrôlée	<input type="checkbox"/> Non contrôlée
Douleur	<input type="checkbox"/> Oui Site :	<input type="checkbox"/> Aigüe <input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Contrôlée <input type="checkbox"/> Non contrôlée	<input type="checkbox"/> Non
Santé mentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Stable (plus de 3 mois) <input type="checkbox"/> Instable <input type="checkbox"/> Dépressions récurrentes <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale <input type="checkbox"/> Lésion cérébrale traumatique modérée ou grave Si oui, préciser : _____ _____ _____			
ATCD familial de TNCM	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :			
Hospitalisation récente (moins de 6 mois)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :			
Consultation à l'urgence récente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :			
Commentaires : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				
Habitudes de vie	Précisions			
<input type="checkbox"/> Tabac				
<input type="checkbox"/> Alcool				
<input type="checkbox"/> Drogue				
<input type="checkbox"/> Stimulants, café, thé				
Sommeil	<input type="checkbox"/> Récupérateur <input type="checkbox"/> Perturbé <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Agitation pendant le sommeil Précisions _____ _____ _____			
Activité physique/Loisirs/Passé-temps	_____ _____			

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance maladie
NOM :	PRÉNOM :

Gestion de la médication			
Servi en	Préparé par	Administré par	Observance
<input type="checkbox"/> Flacons <input type="checkbox"/> Pilulier hebdomadaire <input type="checkbox"/> Dispositif de dosage adapté (ex : dispill)	<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Proche aidant <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Proche aidant <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, préciser : _____ _____
Médication pouvant avoir un impact sur la cognition : _____ _____			
Facteurs pouvant influencer la performance et le rendement des outils de repérage			
<input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher			
Nombre d'années de scolarité :		Précisions :	
Emploi actuel/antérieur :			
Âge de la retraite :			
Lieu de naissance :		Date d'arrivée au Canada :	
Langue parlée principale :		<input type="checkbox"/> Interprète <input type="checkbox"/> Traduction par aidant/famille	
Commentaires : _____ _____			
Déficiance sensorielle	Correction adéquate	Appareillage	Précisions
<input type="checkbox"/> Auditive	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Amplificateur	_____
<input type="checkbox"/> Visuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____
Réseau social (ex : Avez-vous des enfants, petits-enfants, famille et/ou amis? Lieu de résidence/proximité? Qualité de la relation avec ces personnes?)	État civil : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire Réseau social : _____ _____ _____		
Aidant principal	Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____		
Documents légaux	Mandat de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser qui: _____ Homologation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Testament : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Procuration bancaire/générale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser qui : _____ Directives médicales anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir informations complémentaires au dossier (Section : _____ Date : AAAA/MM/JJ )		
Déménagement récent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : _____ _____		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance maladie
NOM :	PRÉNOM :

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Milieu de vie	<input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Avec conjoint/époux <input type="checkbox"/> Avec famille/enfant <input type="checkbox"/> Avec ami <input type="checkbox"/> Autre : _____ Type d'habitation : _____ Depuis quand : _____ Étage/escalier intérieur/extérieur : _____
Stress (ex : deuil, conflit, inquiétude)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Si oui, préciser : _____ _____
Services du CLSC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Si oui, préciser : _____ _____ _____ Nom de l'intervenant pivot : _____ Coordonnées : _____ _____
Ressources externes (ex : privé, organisme communautaire, bénévole)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Si oui, préciser : _____ _____ _____

Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Changements rapportés

Autonomie fonctionnelle - AVQ	Oui	Non	Depuis quand?	Précisions
<b>1. Appétit/poids</b> (ex : Votre alimentation a changé? Perte de poids inexplicée?)			_____	_____ _____
<b>2. Alimentation</b> (ex : Votre entourage doit vous rappeler de vous alimenter?)			_____	_____ _____
<b>3. Hygiène</b> (ex : Votre entourage doit vous rappeler de vous laver?)			_____	_____ _____
<b>4. Habillement</b> (ex : Votre entourage doit vous rappeler de vous vêtir ou changer vos vêtements?)			_____	_____ _____
<b>5. Continence</b> (ex : Avez-vous le temps de vous rendre à la toilette?)			_____	_____ _____
<b>6. Mobilité/équilibre/chute</b> (ex : Vous sentez-vous solide sur vos jambes? Utilisation d'une aide technique?)			_____	_____ _____

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance maladie
NOM :	PRÉNOM :

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

<b>Autonomie fonctionnelle - AVD</b>	Oui	Non	Depuis quand?	Précisions
<b>1. Préparation des repas</b> (ex : Quand vous cuisinez, utilisez-vous un livre de recettes ou autres? Avez-vous besoin de ces aides avant? Vous arrive-t-il d'oublier le robinet ouvert ou la cuisinière allumée?)				
<b>2. Entretien ménager</b> (ex : Avez-vous délégué certaines tâches?)				
<b>3. Entretien extérieur</b> (ex : Avez-vous délégué certaines tâches?)				
<b>4. Courses</b> (ex : Comment planifiez-vous vos courses, votre épicerie? Avez-vous de la difficulté à repérer les produits dans les allées?)				
<b>5. Déplacements</b> (ex : Quel moyen de transport utilisez-vous? Comment planifiez-vous votre trajet?)				
<b>6. Conduite automobile</b> (ex : Avez-vous des inquiétudes? Avez-vous eu des égarements, accidents, contraventions, accrochages dans la dernière année?)				
<b>7. Utiliser le téléphone</b> (ex : Il y a un feu dans la cuisine, que faites-vous? Quel est le numéro de téléphone pour rejoindre les pompiers?)				
<b>8. Gestion des finances</b> (ex : Avez-vous délégué certaines tâches? Quel moyen utilisez-vous pour payer et classer vos factures?)				
<b>Cognition</b>	Oui	Non	Depuis quand?	Précisions
<b>1. Langage</b> (ex : Avez-vous plus de difficulté à exprimer votre pensée?)				
<b>2. Orientation</b> (ex : T = Respect des RDV; E = Comment vous repérez-vous dans un endroit moins familier?)				
<b>3. Mémoire</b> (ex : Parlez-moi d'un article que vous avez lu dans la dernière semaine, d'une émission de télé, etc.?)				
<b>4. Vision spatiale</b> (ex : Lorsque vous vous stationnez, avez-vous de la difficulté à mettre votre véhicule droit? Avec le panier d'épicerie, accrochez-vous des rangées/objets?)				

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance maladie
NOM :	PRÉNOM :

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

<b>5. Fonctions exécutives</b> (ex : Expliquez-moi comment vous initiez, décidez, planifiez, organisez votre voyage, votre visite chez votre famille?)				
<b>6. Attention/concentration</b> (ex : Avez-vous de la difficulté à terminer une tâche, à suivre une conversation, à écouter un film, etc.?)				
<b>Comportement/Humeur</b>	Oui	Non	Depuis quand?	Précisions
<b>1. Symptômes dépressifs</b> (ex : Comment est votre moral? Avez-vous vécu des situations difficiles cette année ? Si oui, faire évaluation gériatrique de dépression)				
<b>2. Anxiété</b> (ex : Vous sentez-vous plus anxieux? Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes laissé seul?)				
<b>3. Hallucinations/idées paranoïdes</b> (ex : Vous sentez-vous en sécurité? Est-ce qu'il vous arrive de voir ou d'entendre des choses que les autres ne voient ou n'entendent pas?)				
<b>4. Irritabilité/agressivité</b> (ex : Êtes-vous plus irritable, plus prompt? Comment les autres vous perçoivent?)				
<b>5. Désinhibition</b> (ex : Est-ce que votre entourage s'offusque suite à vos propos ou à vos gestes?)				
<b>6. Fugue/errance</b> (ex : Est-ce qu'il vous arrive de vous égarer ou d'errer sans but précis?)				
Commentaires :				
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<b>Santé de l'aidant</b> (ex : Après le temps consacré à votre proche, vous reste-t-il du temps pour vous ? Vous sentez-vous plus fatigué(e) en raison du temps consacré à votre proche ?) <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Précaire <input type="checkbox"/> Signes d'épuisement Précisions : _____ _____				
<b>Besoin actuel ou inquiétude(s) de l'utilisateur/famille</b> (ex : Que trouvez-vous le plus difficile dans la situation actuelle?) _____ _____ _____				

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance maladie
NOM :	PRÉNOM :

### Paramètres fondamentaux

TA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg    Pouls : \_\_\_\_ bpm    FR : \_\_\_\_ /min    SpO2 : \_\_\_\_ %    Température : \_\_\_\_ °C     Buccale  
 Poids : \_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_ cm    Autre : \_\_\_\_\_

### Outils cliniques

<input type="checkbox"/> MMSE : ____ / ____	<input type="checkbox"/> MoCA : ____ / ____	<input type="checkbox"/> Horloge : ____ / ____	<input type="checkbox"/> Autre outil: _____
---	---	--	---

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Autres résultats au dossier/DSQ

Résultats de bilan sanguin de base disponible (FSC, électrolytes, calcium, créatinine, glucose ou HBA1C, TSH, vitamine B12) :

Oui     Incomplet     Non    Date du plus récent : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Scan cérébral disponible :     Oui     Non    Date du plus récent : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Impression clinique

**Déclin des fonctions cognitives** :  Oui     Non-concluant     Non

Explications : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Déclin de l'autonomie fonctionnelle** :  Oui     Non-concluant     Non

Explications : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Changement a/n comportement/humeur** :  Oui     Non-concluant     Non

Explications : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Autres constats de l'évaluation/risques identifiés** (ex : risques à domicile, dénutrition, abus, maltraitance, conduite automobile, etc.) :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance maladie
NOM :	PRÉNOM :

## Interventions

- Écoute et soutien
- Conseils et astuces transmis pour promouvoir la santé cognitive
- Documentation sur la santé cognitive transmise
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de l'utilisateur
  
- Référence au pharmacien
- Référence psychosociale
  - Remise du formulaire [Échelle de Zarit](#) à l'aidant (en prévision du RDV d'évaluation psychosociale)
- Référence à un autre professionnel : \_\_\_\_\_
- Référence à [L'appui](#)
- Référence à la [Société d'Alzheimer](#)
- Référence au CLSC (SAD)
  
- Autres interventions:

PTI déterminé et ajouté au dossier

## Plan

- Suivi prévu avec l'aidant/famille : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_
- Prochain suivi prévu : \_\_\_\_\_
  
- Évaluation cognitive transmise à \_\_\_\_\_  Md traitant  IPSPL
- Usager et  aidant/famille en accord avec le plan proposé.  Plan écrit remis.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom de l'intervenant

\_\_\_\_\_  
Permis/profession

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant

\_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

\_\_\_\_\_  
HH :MM

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge