

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 - SUIVI

GMF GAP Autre : _____

Site : _____

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

Consentement

<input type="checkbox"/> Consultation téléphonique
<input type="checkbox"/> Déroulement du rendez-vous expliqué à l'utilisateur (collecte de données, tests de mémoire, suivi des résultats)
Consentement obtenu auprès de : <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

Diagnostic de trouble cognitif : _____	<input type="checkbox"/> Date de diagnostic : _____		
Depuis la dernière évaluation , indiquez les symptômes/signaux d'alarme suggérant un déclin cognitif (répète des questions, cherche ses mots, oublis de mots/rdv/noms, erreur de jugement récents, oublis faits récents) : _____ _____ _____			
Attentes de l'utilisateur et/ou de ses proches : _____ _____ _____			
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 :	_____ _____ _____
Observations générales (ex : démarche, apparence, autocritique, état affectif actuel) _____ _____ _____			

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

Depuis la dernière visite	Oui	Non	Si oui, préciser
Consultations			_____ _____ _____
Examens (prises de sang, imagerie)			_____ _____ _____
Hospitalisation récente			_____ _____ _____
Consultation à l'urgence			_____ _____ _____
Changement dans l'état de santé			_____ _____ _____
Changement de milieu de vie ou lieu			_____ _____ _____
Stress (ex : deuil, conflit, inquiétude)			_____ _____ _____
Changement dans les services du CLSC			_____ _____ _____ _____ Nom de l'intervenant pivot : _____ Coordonnées : _____ _____
Changement dans les ressources externes (ex : privé, organisme communautaire, bénévole)			_____ _____ _____
Autre(s) changement(s) :			_____ _____ _____ _____ _____ _____

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

Gestion de la médication				
Médication TNCM antérieure	Début	Arrêt	Raison	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
Médication TNCM actuelle	Début	Dose	Effets secondaires	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Rougeur (site du timbre) <input type="checkbox"/> Crampes musculaires <input type="checkbox"/> Étourdissements <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Insomnie	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Syncope Précisions : _____ _____ _____ _____	
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 : _____ _____ _____	
Informations complémentaires :				

Changements rapportés depuis la dernière évaluation cognitive				
Autonomie fonctionnelle - AVQ	Oui	Non	Depuis quand?	Précisions
1. Appétit/poids (ex : Votre alimentation a changé? Perte de poids inexplicquée ?)			_____	_____
2. Alimentation (ex : Votre entourage doit vous rappeler de vous alimenter?)			_____	_____
3. Hygiène (ex : Votre entourage doit vous rappeler de vous laver?)			_____	_____
4. Habillement (ex : Votre entourage doit vous rappeler de vous vêtir ou changer vos vêtements?)			_____	_____

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

5. Continence (ex : Avez-vous le temps de vous rendre à la toilette?)				
6. Mobilité/équilibre/chute (ex : Vous sentez-vous solide sur vos jambes? Utilisation d'une aide technique ?)				
Autonomie fonctionnelle - AVD	Oui	Non	Depuis quand?	Précisions
1. Préparation des repas (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?)				
2. Entretien ménager (ex : Avez-vous délégué certaines tâches?)				
3. Entretien extérieur (ex : Avez-vous délégué certaines tâches?)				
4. Courses (ex : Comment planifiez-vous vos courses, votre épicerie? Avez-vous de la difficulté à repérer les produits dans les allées?)				
5. Déplacements (ex : Quel moyen de transport utilisez-vous? Comment planifiez-vous votre trajet?)				
6. Conduite automobile (ex : Avez-vous des inquiétudes? Avez-vous eu des égarements, accidents, contraventions, accrochages dans la dernière année?)				
7. Utiliser le téléphone (ex : Il y a un feu dans la cuisine, que faites-vous? Quel est le numéro de téléphone pour rejoindre les pompiers?)				
8. Gestion des finances (ex : Avez-vous délégué certaines tâches? Quel moyen utilisez-vous pour payer et classer vos factures ?)				
Cognition	Oui	Non	Depuis quand?	Précisions
1. Langage (ex : Avez-vous plus de difficulté à exprimer votre pensée?)				

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

2. Orientation (ex : T = Respect des RDV; E = Comment vous repérez-vous dans un endroit moins familier?)				
3. Mémoire (ex : Parlez-moi d'un article que vous avez lu dans la dernière semaine, d'une émission de télé, etc.?)				
4. Vision spatiale (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?)				
5. Fonctions exécutives (ex : Expliquez-moi comment vous initiez, décidez, planifiez, organisez votre voyage, votre visite chez votre famille?)				
6. Attention/concentration (ex : Avez-vous de la difficulté à terminer une tâche, à suivre une conversation, à écouter un film, etc.?)				
Comportement/Humeur	Oui	Non	Depuis quand?	Précisions
1. Symptômes dépressifs (ex : Comment est votre moral? Avez-vous vécu des situations difficiles cette année? Si oui, faire évaluation gériatrique de dépression)				
2. Anxiété (ex : Vous sentez-vous plus anxieux? Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes laissé seul?)				
3. Hallucinations/idées paranoïdes (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?)				
4. Irritabilité/agressivité (ex : Êtes-vous plus irritable, plus prompt? Comment les autres vous perçoivent?)				
5. Désinhibition (ex : Est-ce que votre entourage s'offusque suite à vos propos ou à vos gestes?)				
6. Fugue/errance (ex : Est-ce qu'il vous arrive de vous égarer ou d'errer sans but précis?)				

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

<p>Santé de l'aidant (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 ?)</p> <p><input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Précaire <input type="checkbox"/> Signes d'épuisement</p> <p>Précisions : _____</p>								
<p>Besoin actuel ou inquiétude(s) de l'usager/famille (ex : Que trouvez-vous le plus difficile dans la situation actuelle?)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>								
<p>Informations complémentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>								
<p>Paramètres fondamentaux</p> <p>TA : ____ / ____ mmHg Pouls : ____ bpm FR : ____ /min SpO2 : ____ % Température : ____ °C <input type="checkbox"/> Buccale</p> <p>Poids : ____ kg Taille : ____ cm Autre : _____</p>								
<p>Outils cliniques</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> MMSE : ____ / ____</td> <td><input type="checkbox"/> MoCA : ____ / ____</td> <td><input type="checkbox"/> Horloge : ____ / ____</td> <td><input type="checkbox"/> Autre outil: _____</td> </tr> <tr> <td>Antérieur : ____ (AAAA/MM/JJ)</td> <td>Antérieur : ____ (AAAA/MM/JJ)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Commentaires : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> MMSE : ____ / ____	<input type="checkbox"/> MoCA : ____ / ____	<input type="checkbox"/> Horloge : ____ / ____	<input type="checkbox"/> Autre outil: _____	Antérieur : ____ (AAAA/MM/JJ)	Antérieur : ____ (AAAA/MM/JJ)		
<input type="checkbox"/> MMSE : ____ / ____	<input type="checkbox"/> MoCA : ____ / ____	<input type="checkbox"/> Horloge : ____ / ____	<input type="checkbox"/> Autre outil: _____					
Antérieur : ____ (AAAA/MM/JJ)	Antérieur : ____ (AAAA/MM/JJ)							

Impression clinique

<p>Depuis la dernière évaluation cognitive :</p> <p>Changements a/n des fonctions cognitives: <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Détérioration</p> <p>Explications : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Changement a/n de l'autonomie fonctionnelle : <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Détérioration</p> <p>Explications : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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

<p>Changement a/n comportemental/humeur : <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Détérioration</p> <p>Explications : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Observance au traitement : <input type="checkbox"/> Bonne adhérence et tolérance <input type="checkbox"/> Mauvaise adhérence <input type="checkbox"/> Mauvaise tolérance</p> <p>Explications : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Autres constats de l'évaluation/risques identifiés (ex : risques à domicile, dénutrition, abus, maltraitance, conduite automobile, etc.) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Interventions

<p><input type="checkbox"/> Écoute et soutien</p> <p><input type="checkbox"/> Informations transmises sur le trouble neurocognitif majeur diagnostiqué</p> <p><input type="checkbox"/> Informations transmises sur les stades de la maladie</p> <p><input type="checkbox"/> Information transmises sur la médication et les effets secondaires possibles</p> <p><input type="checkbox"/> Conseils et astuces transmis pour promouvoir la santé cognitive</p> <p><input type="checkbox"/> Documentation sur la santé cognitive transmise</p> <p><input type="checkbox"/> Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de l'utilisateur</p> <p><input type="checkbox"/> Référence au pharmacien</p> <p><input type="checkbox"/> Référence psychosociale</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Remise du formulaire Échelle de Zarit à l'aidant (en prévision du RDV d'évaluation psychosociale)</p> <p><input type="checkbox"/> Référence à autre professionnel : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Référence à L'appui</p> <p><input type="checkbox"/> Référence à la Société d'Alzheimer</p> <p><input type="checkbox"/> Référence au CLSC (SAD)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres interventions:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

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

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> PTI déterminé et ajouté au dossier

Plan

<input type="checkbox"/> Suivi prévu avec l'aidant/famille : _____ Lien : _____ <input type="checkbox"/> Prochain suivi prévu : _____ <input type="checkbox"/> Évaluation cognitive transmise à _____ <input type="checkbox"/> Md traitant <input type="checkbox"/> IPSPL <input type="checkbox"/> Usager et <input type="checkbox"/> aidant/famille en accord avec le plan proposé. <input type="checkbox"/> Plan écrit remis.		
Nom et prénom de l'intervenant	Permis/profession	Signature de l'intervenant
AAAA/MM/JJ	HH :MM	