

## Changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant

Nom du patient: \_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

DDN: \_\_\_\_\_

Identifier les **changements significatifs observés** dans le fonctionnement quotidien de votre proche, par rapport à son fonctionnement d'avant. Préciser depuis quand vous avez remarqué ce changement (Ex. : +/- 3 sem, 6 mois, 2 ans, etc).

| Habitudes de vie  | Depuis quand? | Exemple du changement observé |
|---|---------------|-------------------------------|
| Alimentation/Hydratation<br><input type="checkbox"/> Prise ou perte de poids<br><input type="checkbox"/> Changement dans l'alimentation<br><input type="checkbox"/> Appétit   |               |                               |
| Tabac/Alcool/Drogue<br><input type="checkbox"/> Quantité consommée<br><input type="checkbox"/> Fréquence  |               |                               |
| Sommeil<br><input type="checkbox"/> Insomnie<br><input type="checkbox"/> Peu de sommeil<br><input type="checkbox"/> Autre   |               |                               |
| Activités/Loisirs/Passe-temps<br><input type="checkbox"/> Participer aux activités sociales<br><input type="checkbox"/> Poursuivre ses activités de loisirs favorites<br><input type="checkbox"/> Autre   |               |                               |
| Autonomie Fonctionnelle   | Depuis quand? | Exemple du changement observé |
| Se nourrir/Se laver/S'habiller<br><input type="checkbox"/> S'alimenter<br><input type="checkbox"/> Préparer les repas<br><input type="checkbox"/> Faire la rotation des aliments du réfrigérateur<br><input type="checkbox"/> Prendre soin de son apparence (maquillage/barbe)<br><input type="checkbox"/> Choisir des vêtements adaptés à la circonstance<br><input type="checkbox"/> Faire la rotation de ses vêtements<br><input type="checkbox"/> Autre |               |                               |
| Incontinence<br><input type="checkbox"/> Retenir ses urines et selles<br><input type="checkbox"/> Utiliser les toilettes<br><input type="checkbox"/> Autre  |               |                               |
| Mobilité/Équilibre/Chute<br><input type="checkbox"/> Se déplacer sans perte d'équilibre<br><input type="checkbox"/> Se déplacer de façon sécuritaire<br><input type="checkbox"/> Autre  |               |                               |
| Entretien intérieur et extérieur<br><input type="checkbox"/> Entretenir la maison intérieure/extérieure<br><input type="checkbox"/> Faire des travaux manuels<br><input type="checkbox"/> Autre   |               |                               |
| Faire les courses<br><input type="checkbox"/> Payer ou utiliser sa carte bancaire<br><input type="checkbox"/> Faire des achats selon ses besoins<br><input type="checkbox"/> Autre  |               |                               |
| Prendre ses médicaments<br><input type="checkbox"/> Moyens utilisés pour prendre les médicaments<br><input type="checkbox"/> Oublis   |               |                               |
| Gérer le budget<br><input type="checkbox"/> Comprendre ses relevés bancaires<br><input type="checkbox"/> Payer ses comptes<br><input type="checkbox"/> Faire des chèques<br><input type="checkbox"/> Autre  |               |                               |

|  |                      |                                      |
|--|----------------------|--------------------------------------|
| Utiliser les appareils<br><input type="checkbox"/> Prendre les messages<br><input type="checkbox"/> Utiliser le téléphone/internet<br><input type="checkbox"/> Utiliser les appareils électroménagers/électriques<br><input type="checkbox"/> Autre  |                      |                                      |
| Conduite automobile et transport<br><input type="checkbox"/> Respecter la signalisation et la vitesse<br><input type="checkbox"/> Se déplacer sans accident<br><input type="checkbox"/> Se déplacer de façon sécuritaire<br><input type="checkbox"/> Autre   |                      |                                      |
| <b>Comportement/Humeur</b>   | <b>Depuis quand?</b> | <b>Exemple du changement observé</b> |
| <input type="checkbox"/> Symptômes dépressifs<br><input type="checkbox"/> Anxiété<br><input type="checkbox"/> Irritabilité, agressivité verbale ou physique<br><input type="checkbox"/> Hallucinations/idées paranoïdes<br><input type="checkbox"/> Comportement dérangent ou inapproprié<br><input type="checkbox"/> Errance/Fugue<br><input type="checkbox"/> Passivité, apathie<br><input type="checkbox"/> Autre |                      |                                      |
| <b>Cognition</b>   | <b>Depuis quand?</b> | <b>Exemple du changement observé</b> |
| Langage<br><input type="checkbox"/> Cherche ses mots, se trompe de mot<br><input type="checkbox"/> Suivre une conversation en groupe<br><input type="checkbox"/> Comprendre ce qu'on lui dit (sans surdité)<br><input type="checkbox"/> Compléter ses phrases<br><input type="checkbox"/> Autre  |                      |                                      |
| Orientation<br><input type="checkbox"/> Reconnaître les lieux et les trajets connus<br><input type="checkbox"/> Se souvenir de la date et de la journée<br><input type="checkbox"/> Reconnaître les personnes familières<br><input type="checkbox"/> Autre   |                      |                                      |
| Mémoire<br><input type="checkbox"/> L'information transmise/reçue<br><input type="checkbox"/> L'endroit où sont placés les objets<br><input type="checkbox"/> Les rendez-vous, les fêtes, les  v nements de famille<br><input type="checkbox"/> Autre  |                      |                                      |
| Fonctions exécutives<br><input type="checkbox"/> Compléter ce qu'il entreprend<br><input type="checkbox"/> Planifier et s'organiser<br><input type="checkbox"/> Réagir et prendre une décision lors d'une situation inhabituelle<br><input type="checkbox"/> Autre   |                      |                                      |
| Attention/concentration<br><input type="checkbox"/> Maintenir son attention sur une tâche<br><input type="checkbox"/> Faire deux choses à la fois<br><input type="checkbox"/> Autre  |                      |                                      |

Adapté de *Changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2015). Boîte à outils:  valuation, Diagnostic et Prise en charge des troubles cognitifs en première ligne. Sherbrooke: Centre d'expertise en santé de

1. Vous devez vous absenter pendant 2 semaines (voyage, hospitalisation, etc.). Seriez-vous inquiet(e) de laisser votre proche seul(e)?  Oui  Non Pourquoi : \_\_\_\_\_

2. Conduite auto : Laisseriez-vous votre proche conduire seul avec vos petits-enfants à bord?  Oui  Non Pourquoi : \_\_\_\_\_

3. Que trouvez-vous le plus difficile dans la situation actuelle : \_\_\_\_\_

Complété par : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_