

# ICOPE MONITOR STEP 1 DE L'OMS

**Date du test :**

Evaluation initiale  Suivi – monitoring

**Nom et prénom :**

**Date et ville de naissance :**

**Téléphone Portable:**

**Adresse mail:**

**Adresse postale:**

**Nom et ville du médecin traitant :**

Je certifie avoir obtenu l'accord du sujet  Le :

**Signature:**

Fonctions	Tests	Résultats
<b>Cognition</b>	1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	4. Orientation temporo-spatiale : <i>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</i>	
	- Année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Jour de la semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- Jour du mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Nutrition</b>	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?	Poids actuel : ..... Kg <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Cognition</b>	Rappel des trois mots: Mot 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Vision</b>	Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Audition</b>	<b>Test de Whisper (test de chuchotement)* :</b>	
	- Oreille droite capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Oreille gauche capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Psychologie</b>	Au cours des deux dernières semaines:	
	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Mobilité</b>	<b>Test de lever de chaise** :</b>	Temps en sec.....
	1. Réalisation des cinq levers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Si non, combien de levers de chaise réalisés? .....	
	3. Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



• **A l'issue de la consultation quelles actions ont été prises?**

Le résultat est normal, vous avez donné des conseils généraux à la personne.

Le résultat montre des anomalies, merci de renseigner le type d'orientation réalisée au regard de ses résultats :

Prise en charge déjà en cours par le médecin traitant ou spécialiste

Je recommande au participant de prendre RDV avec son médecin traitant

Je contacte son médecin traitant ou le médecin référent

Je réalise ou programme le Step 2

Autre

### Instructions

• **Test de Whisper (test de chuchotement)\* :**

- Se mettre derrière le sujet à une distance d'un bras tendu
- Lui demander de placer un doigt sur le tragus de l'oreille gauche
- Chuchoter un mot avec 2 syllabes distinctes vers l'oreille droite
- Demander au sujet de répéter le mot
- Faire de même pour l'autre oreille

• **Test de lever de chaise\*\* :**

- Se lever d'une chaise 5 fois de suite le plus rapidement possible,
- bras croisés sur la poitrine.
- Départ assis, fin debout.
- Normal si réalisation de 5 levers en moins de 14 secondes



**OCCITANIE**  
Equipe Régionale Vieillesse  
Et Prévention de la Dépendance



Centre Collaborateur OMS pour la Fragilité,  
la Recherche Clinique et la Formation en Gériatrie