

ICOPE MONITOR ÉTAPE 1 HÉTÉRO-ÉVALUATION

Questionnaire participant

INFORMATIONS DU PARTICIPANT	
Date du test	
Nom et prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Indéterminé
Date et ville de naissance	
Téléphone portable	
Adresse mail	
Nom et ville du médecin traitant	
N° de sécurité sociale	

Fonctions	Tests / Questions	Résultats
Cognition	<p>1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est) ?</p> <p>2. Avez-vous constaté une aggravation de ces problèmes au cours des 6 derniers mois ou depuis la dernière évaluation ?</p> <p>3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon</p> <p>4. Orientation temporelle :</p> <p><i>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Année — Mois — Jour de la semaine — Jour du mois 	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Nutrition	<p>Merci d'indiquer votre taille.</p> <p>Merci d'indiquer votre poids actuel.</p> <p>Calcul de l'indice de Masse Corporelle (IMC).</p> <p>1. Avez-vous perdu involontairement plus de 3 kg au cours des 3 derniers mois ?</p> <p>2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?</p>	<p>Taille : cm</p> <p>Poids actuel : kg</p> <p>IMC : kg/m²</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Cognition	<p>Vous avez entendu 3 mots à retenir, quels sont-ils ?</p> <ul style="list-style-type: none"> — Mot 1 — Mot 2 — Mot 3 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vision	<p>1. Avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> — des problèmes de vue : difficultés pour voir de loin ou pour lire (même avec vos lunettes si vous en portez), — ou des maladies de l'œil, des douleurs ou de l'inconfort de l'œil, — ou du diabète, de l'hypertension artérielle, — ou un traitement par corticoïdes ou des médicaments pour les yeux ? <p>Si au moins une de ces propositions est vraie, répondez « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Si oui, avez-vous consulté un ophtalmologue durant les 12 derniers mois ou avez-vous un rendez-vous prochainement ? <p>2. Avez-vous l'impression que votre vue a baissé au cours des 6 derniers mois ou depuis votre dernière évaluation (même avec vos lunettes) ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Audition	<p>1. Avez-vous un problème d'audition perçu par vous ou votre entourage (même avec votre appareil auditif si vous en portez) ?</p> <p>Si Non : réaliser le test de chuchotement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenez-vous à une distance d'environ une longueur de bras et d'un côté de la personne - Demandez à la personne ou à un assistant de boucher l'oreille en appuyant sur le tragus. (Le tragus est la saillie avant de l'oreille, qui en recouvre partiellement l'ouverture), - Expirez, puis chuchotez doucement quatre mots, Utilisez des mots courants qui n'ont aucun rapport entre eux, - Demander à la personne de répéter les mots après vous. Les mots doivent être répétés un à un, et vous devez attendre la réponse de chaque mot. Si la personne répète plus de trois mots et si vous êtes sûr qu'elle vous entend distinctement, alors l'acuité auditive de l'oreille est probablement bonne. - Passez de l'autre côté de la personne et testez l'autre oreille. Utilisez d'autres mots. <p>2. Le participant a-t-il pu répéter au moins 3 mots sur 4 pour chacun des oreilles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour l'oreille droite : - Pour l'oreille gauche 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychologie	<p>Au cours des deux dernières semaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mobilité	<p>Test de lever de chaise :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temps en secondes : 2. Avez-vous réussi à effectuer les 5 levers de chaise ? 	<p>Temps : sec</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Soutien social	<p>1. Avez-vous des soucis de logement : état du logement, localisation, sécurité ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	<p>2. Avez-vous des difficultés financières pour payer la nourriture, le logement et les soins de santé ?</p> <p>3. Vous sentez-vous souvent seul ?</p> <p>4. Avez-vous des difficultés à pratiquer des loisirs ou d'autres activités sociales importantes pour vous ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Soutien aux aidants</p>	<p>Êtes-vous aidant d'une personne malade ou dépendante ?</p> <p>Si la réponse est « Oui », les questions suivantes apparaissent :</p> <p>1. Pensez-vous bénéficier du soutien dont vous avez besoin dans votre rôle d'aidant ?</p> <p>2. Vous sentez-vous capable de fournir les soins et le soutien nécessaires ?</p> <p>3. Est-ce que votre rôle d'aidant a un impact négatif sur votre vie (physiquement, mentalement, financièrement, socialement) ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Continence urinaire</p>	<p>1. Vous arrive-t-il d'avoir des fuites urinaires ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>