

Remplissez ou mettez l'étiquette du patient

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance :

Adresse :

Sexe : M F

Nom du médecin traitant :

Nom et prénom de l'évaluateur : Date de l'évaluation : / /

Fiche d'évaluation Step1 ICOPE

COGNITION (1)

Demander au sujet :

1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est?)
 1 Oui 0 Non DM¹
2. Avez-vous constaté une aggravation de ces problèmes au cours des 4 derniers mois ou depuis la dernière évaluation?
 Oui Non DM¹

Test de 3 mots :

Dire au sujet : « Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. » DRAPEAU, FLEUR, PORTE (liste 1) ; FAUTEUIL, TULIPE, CANARD (liste 2) ou CITRON, CLE, BALLON (liste 3)

Puis dire au sujet : « Répétez les 3 mots. »

Orientation :

Dire au sujet : « Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

« En quelle année sommes-nous ? En quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ? »

Indiquer si les items de réponse ci-dessous sont corrects ou incorrects:

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ○ Réponse « année » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| ○ Réponse « mois » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| ○ Réponse « jour du mois » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| ○ Réponse « jour de la semaine » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |

Score orientation : |__|/4 DM¹

NUTRITION

Demander au sujet :

1. Son poids : |__|__|, |__| kg
2. Avez-vous perdu involontairement plus de 3kg au cours de 3 derniers mois ? 1 Oui 0 Non
3. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ? 1 Oui 0 Non

Optionnel

Comment qualifiez-vous votre appétit au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|__|__|

COGNITION (2)

Rappel de 3 mots :

Dire au sujet : « Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure? »

- | | | |
|------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Premier mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| 2. Deuxième mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| 3. Troisième mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |

Nombre de mots rappelés : |__|/3

VISION

Demander au sujet : Avez-vous des problèmes aux yeux (avec vos lunettes si vous en avez): des difficultés pour voir de loin, pour lire, des pathologies oculaires ou suivez-vous actuellement un traitement (diabète, hypertension)?

- 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → Alerte → Step2

- Avez-vous l'impression que votre vue a baissé au cours des quatre derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?

- 1 Oui 0 Non DM¹

- Comment considérez-vous la qualité de votre vue (avec vos lunettes si vous en avez) au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|_|_|

AUDITION

Test du chuchotement: Se mettre derrière le sujet (à distance d'un bras ou à environ 0,6 m) pour qu'il ne puisse pas lire sur les lèvres. Demander-lui de placer un doigt sur le tragus de l'oreille gauche pour obscurcir le son. Chuchoter un mot avec 2 syllabes distinctes vers l'oreille droite du sujet. Demander au sujet : « Pouvez-vous répéter le mot chuchoté ? »

Réaliser le test une deuxième fois pour l'oreille gauche en demandant au sujet de placer un doigt sur le tragus de l'oreille droite.

La personne a-t-elle pu répéter tous les mots :

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| o Pour l'oreille droite: | <input type="checkbox"/> 0 Oui | <input type="checkbox"/> 1 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |
| o Pour l'oreille gauche: | <input type="checkbox"/> 0 Oui | <input type="checkbox"/> 1 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |

CONSULTATION TELEPHONIQUE

- Avez-vous l'impression que votre audition a baissé au cours des quatre derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?

- 1 Oui 0 Non DM¹

- Est-ce que votre entourage se plaint que votre audition a baissé dernièrement ? 1 Oui 0 Non DM¹

- Comment considérez-vous la qualité de votre audition (avec vos appareils auditifs, si besoin) au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|_|_|

PSYCHOLOGIE

Demander au sujet :

Au cours des deux dernières semaines :

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| 1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir? | <input type="checkbox"/> 1 Oui | <input type="checkbox"/> 0 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |
| 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? | <input type="checkbox"/> 1 Oui | <input type="checkbox"/> 0 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |

Optionnel

A quel point vous êtes-vous senti triste ou heureux au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|_|_|

LOCOMOTION

Test de lever de chaise

Demander au sujet de se lever d'une chaise 5 fois de suite, le plus vite possible, les bras croisés sur la poitrine.

- Temps réalisé: |__|__|, |__|__| secondes

- Le sujet a-t-il réalisé les 5 levers de chaise? 0 Oui 1 Non

o Si OUI, a-t-il fait le test en moins de 14 secondes? 0 Oui 1 Non

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → 🚨 Alerte → Step2

o Si NON, combien de levers de chaise le patient a-t-il réalisé ? 0 1 2 3 4

• Si 0, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans l'aide d'autrui ?

CONSULTATION TELEPHONIQUE

- Arrivez-vous à vous lever d'une chaise sans vous aider des mains ou des bras, plusieurs fois et sans difficulté ?

Oui Non **Si oui, test réussi.**

- Arrivez-vous mais avec difficultés à vous lever d'une chaise sans vous aider des mains ou des bras ?

Oui Non

- Avez-vous besoin de vous aider des mains ou des bras pour vous lever d'une chaise ? Oui Non

- Avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour vous lever d'une chaise ? Oui Non

Ou

Avez-vous une activité physique ? Oui Non, pourquoi ?

Si oui,

Laquelle ?

à quelle fréquence ?

Suivi des recommandations de la dernière évaluation

Suivi des recommandations de la dernière évaluation ? Oui en partie Non

Commentaires :

.....
.....
.....
.....