

Installation : _____

CHANGEMENTS COGNITIFS ET FONCTIONNELS OBSERVÉS PAR LE PROCHE AIDANT

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Nous vous demandons d'identifier les changements significatifs que vous avez observés dans le fonctionnement quotidien de votre proche, ceci par rapport à son fonctionnement d'avant. SVP, précisez :

1. La nature du changement (comportement, mémoire, langage, attitude, etc.).
2. L'impact sur son fonctionnement quotidien (autonomie, sécurité, sociale/familiale, etc.).
3. Le début du changement (depuis quand avez-vous remarqué ce changement?).

S'alimenter/ préparer les repas	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ S'alimenter ☐ Préparer des repas ☐ Faire la rotation des aliments du réfrigérateur ☐ Autre: _____		

Entretenir la maison/travaux manuels	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Entretenir la maison intérieur/extérieur ☐ Faire les travaux manuels ☐ Autre: _____		

Utiliser les appareils	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Prendre les messages ☐ Utiliser le téléphone/Internet ☐ Utiliser les appareils électriques/ électroménagers ☐ Autre: _____		

Faire les courses	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Payer ou utiliser sa carte bancaire ☐ Identifier ses besoins ☐ Faire des achats selon ses besoins ☐ Autre: _____		

Gérer son budget	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Comprendre ses relevés bancaires ☐ Payer ses comptes ☐ Faire des chèques ☐ Autre: _____		

Conduire ou utiliser les moyens de transport	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Respecter la signalisation et la vitesse ☐ Se déplacer sans accident ☐ Se déplacer de façon sécuritaire ☐ Autre: _____		

Loisir et vie sociale	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Participer aux activités sociales ☐ Poursuivre ses activités de loisirs favorites ☐ Autre: _____		

Hygiène et continence	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Prendre soin de son apparence (maquillage/barbe) ☐ Avoir une hygiène personnelle sans odeur ☐ Retenir ses urines et selles/ utiliser les toilettes ☐ Autre: _____		

Habillement	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Choisir les vêtements adaptés à la circonstance ☐ Faire la rotation de ses vêtements ☐ Autre: _____		

Sommeil	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Dormir calmement (bouge peu) ☐ Récupérer facilement ☐ Autre: _____		

Mobilité	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Se déplacer sans perte d'équilibre ☐ Se déplacer de façon sécuritaire ☐ Autre: _____		

Attention	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Maintenir son attention sur une tâche ☐ Faire deux choses à la fois ☐ Autre: _____		

Orientation dans le temps, l'espace et la personne	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Reconnaître les lieux et les trajets connus ☐ Se souvenir de la date et de la journée ☐ Reconnaître les personnes familières ☐ Autre: _____		

Mémoire	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de se rappeler de : ☐ L'information transmise/reçue ☐ L'heure et la prise de ses médicaments ☐ L'endroit où sont placés les objets ☐ Les rendez-vous, les fêtes, les événements de famille ☐ Autre: _____		

Langage	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ S'exprimer : cherche ses mots, se trompe de mot ☐ Suivre une conversation en groupe ☐ Comprendre ce qu'on lui dit (sans surdité) ☐ Compléter ses phrases ☐ Autre: _____		

Analyse, adaptation aux changements, etc.	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés dans sa capacité de : ☐ Compléter ce qu'il entreprend ☐ Planifier et à s'organiser ☐ Réagir et prendre une décision lors d'une situation inhabituelle ☐ Autre: _____		

Humeur et comportement	Depuis quand?	Changement observé
Changements observés : ☐ Comportement dérangeant ou inapproprié ☐ Irritabilité, agressivité verbale ou physique ☐ Anxiété ☐ Passivité, apathie ☐ Propos interprétatifs (ex. accuse autrui de vol) ☐ Symptômes dépressifs ☐ Hallucinations visuelles ou auditives ☐ Autre: _____		

QUESTIONS POUR VOUS, PROCHE AIDANT
Vous devez vous absenter pendant 2 semaines (voyage, hospitalisation, etc.), seriez-vous inquiet(e) de laisser votre proche seul (e)? ☐ Oui ☐ Non Pourquoi : _____
Laisseriez-vous votre proche conduire seul avec vos petits-enfants à bord? ☐ Oui ☐ Non Pourquoi : _____
Que trouvez-vous le plus difficile dans la situation actuelle? : _____

Développé par Claire Létourneau inf. clinicienne, collaboration Claire Bonin M.Sc inf. clinicienne, clinique mémoire, CIUSSS Estrie - CHUS 2015

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____aaaa/mm/jj