

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)

HISTOIRE
RAISONS DE L'HOSPITALISATION
RAISONS DE LA CONSULTATION
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET PSYCHIATRIQUES
MÉDICATION
☐ Voir profil au dossier
MÉDICATION SPÉCIFIQUE AUX SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE
PARAMÈTRES BIOCHIMIQUES

Nom :

Prénom :

Dossier :

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE	
PROVOQUÉS/ DÉCLENCHEURS	
DESCRIPTION	
LIEU / CONTEXTE	TEMPS/ DURÉE
SIGNES PRÉCURSEURS ASSOCIÉS	
MESURES PALLIATIVES	

CONTEXTE DE LA RENCONTRE

Dossier _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)

EXAMEN CLINIQUE		
ÉTAT MENTAL		ÉTAT COGNITIF
SIGNES VITAUX / EXAMEN PHYSIQUE		
ALIMENTATION		INSPECTION DE LA BOUCHE
MOBILITÉ		DOULEUR
TÉGUMENTS		ÉLIMINATION
SOMMEIL		INTÉRÊTS / SUJETS SIGNIFICATIFS
AUTONOMIE		
AVQ	AVD	ISO-SMAF

Nom :

Prénom :

Dossier :

ANALYSE DES CAUSES POTENTIELLES
BESOINS NON-COMBLÉS
PSYCHOSOCIALES
ENVIRONNEMENTALES
APPROCHE DE BASE / RECADRAGE POSSIBLE

INFORMATIONS COLLATÉRALES

IMPRESSIONS CLINIQUES

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

**ÉVALUATION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX
ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)**

RECOMMANDATIONS / PISTES D'INTERVENTIONS

Nom :

Prénom :

Dossier :

RECOMMANDATIONS / PISTES D'INTERVENTIONS (suite)

Signature de l'infirmière : _____

Date : ____ AAAA-MM-JJ _____