



MOCLI60801

Installation : _____

SUIVI COGNITIF AVEC OU SANS TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Informations

Médecin de famille : _____ Tél. : _____

Personne significative : _____ Lien : _____ Tél. : _____

Médication

Pharmacie : _____ Tél. : _____

☐ Profil médicamenteux joint avec analyse du pharmacien

Mode de distribution : ☐ Vial ☐ Dosette/Dispill

Médicaments non prescrits et produits naturels : _____

Prise : ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide totale ☐ Problème d'observance : _____

Traitement

DIAGNOSTIC :

Traitement : ☐ Oui ☐ Non Débuté le : _____ aaaa/mm/jj

Médicament actuel : _____

Approuvé jusqu'au : _____ aaaa/mm/jj

À compléter si prise de médicament contre l'Alzheimer

Observance au traitement : ☐ Oui ☐ Non Raison : _____

Titrage selon ordonnance collective : ☐ Oui ☐ Non

Évaluation des effets secondaires (☒ si présence de symptômes)

☐ Nausées	☐ Crampes membres inférieurs	☐ Confusion
☐ Perte d'appétit	☐ Céphalées	☐ Hallucinations
☐ Vomissements	☐ Étourdissements, syncope	☐ Rougeur (site du timbre)
☐ Diarrhées, douleur abdominale	☐ Troubles du sommeil	

Évaluation subjective de la réponse au traitement

Selon le proche aidant : ☐ Stabilisation ☐ Détérioration ☐ Amélioration

Selon la personne atteinte : ☐ Stabilisation ☐ Détérioration ☐ Amélioration

Changement depuis la dernière visite

Problème médical, hospitalisation, déménagement, deuil, séparation, perte d'emploi, SCPD, etc.

☐ Proche aidant
 ☐ Personne atteinte
Questionnaire des changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant : ☐ Oui ☐ NonÉvaluation de l'état psychologique de l'aidant : ☐ GDS ☐ Zarit ☐ Autre : _____**Ressources et services en place**
☐ COOP ☐ Popote roulante ☐ SAD ☐ Transport ☐ Gestionnaire de cas ☐ Société Alzheimer/Appui
☐ Soutien psychologique ☐ Autre : _____
☐ Mandat d'inaptitude ☐ Procuration bancaire ☐ Compte conjoint

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

Sommaire de l'évaluation – Quels changements, depuis quand, impacts fonctionnels sur les AVQ/AVD et perception du déclin cognitif par l'usager

	Synthèse AVQ/AVD	Pas de changement	Besoin de supervision	Difficulté avec aide	Incapable / Refuse	S.O.
	Préparer les repas	☐	☐	☐	☐	☐
	Entretenir la maison	☐	☐	☐	☐	☐
	Utiliser les appareils	☐	☐	☐	☐	☐
	Faire les courses	☐	☐	☐	☐	☐
	Gérer le budget/finances	☐	☐	☐	☐	☐
	Conduire/Utiliser transport	☐	☐	☐	☐	☐
	Prendre ses médicaments	☐	☐	☐	☐	☐
	Loisirs/Vie sociale	☐	☐	☐	☐	☐
	S'alimenter	☐	☐	☐	☐	☐
	Se laver, s'habiller	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

Poids actuel : _____ kg Poids antérieur : _____ kg → Alerte si perte de poids de plus de 2 kg dans les derniers 6 mois

TA : _____ mmHg Pouls : _____ min.

MMSE : _____ MMSE antérieur : _____ (date : aaaa/mm/jj)Horloge : _____ Horloge antérieure : _____ (date : aaaa/mm/jj)MoCA : _____ MoCA antérieur : _____ (date : aaaa/mm/jj)

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

À remplir par le médecin traitantDosage : ☐ Idem ☐ Augmentation ☐ Diminution _____ ☐ Cessé☐ Changement de molécule : _____☐ Revoir par l'infirmière : ☐ Quand? _____ ☐ Raison : _____

Note : _____

S.V.P. remettre
dans la case de
l'infirmière

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____

Évaluation détaillée des fonctions cognitives et des capacités fonctionnelles complétée par l'infirmière		
AVQ/AVD Cocher si modification ou détérioration	Depuis quand ?	Détails/Compensation (ex. : utilise les services de popote roulante)
S'alimenter/Préparer les repas		
☐ Changement dans son alimentation		☐ Mange moins ☐ Mange à outrance
☐ Capacité à préparer les repas		
☐ Rotation des aliments dans le réfrigérateur		
☐ Autre : _____		
Entretenir la maison/Faire des travaux manuels		
☐ Capacité à entretenir la maison intérieur/extérieur		
☐ Capacité à exécuter des travaux manuels		
☐ Propreté de la résidence		
Utiliser les appareils		
☐ Capacité à utiliser le téléphone/Internet		
☐ Capacité à prendre les messages		
☐ Capacité à utiliser les appareils électriques, les outils, les électroménagers		
Faire les courses		
☐ Capacité à identifier ses besoins		
☐ Capacité à remettre le bon montant ou à utiliser sa carte bancaire		
Gérer son budget		
☐ Compréhension de ses relevés de compte		
☐ Capacité à payer ses comptes et faire des chèques		
☐ Autre : _____		
Conduire ou utiliser les moyens de transport		
☐ Respect de la signalisation et de la vitesse		
☐ Déplacements sans accident ou contravention		
☐ Laisseriez-vous vos petits-enfants partir, seuls en voiture, avec votre proche ?		
Loisirs/Vie sociale		
☐ Participation aux activités sociales		
☐ Maintien de ses activités favorites		
☐ Autre : _____		
Hygiène/Contenance		
☐ Entretien de sa personne/Apparence (maquillage, barbe, etc.)		
☐ Hygiène personnelle (odeur)		
☐ Incontinence		
☐ Autre : _____		
Habillement		
☐ Choix des vêtements adapté à la température ou à la circonstance		
☐ Rotation des vêtements		
☐ Autre : _____		
Mobilité		
☐ Démarche et équilibre sécuritaires		
☐ Exempt de chutes depuis un an		
☐ Autre : _____		
Sommeil		
☐ Récupérateur		
☐ Dort calmement (bouge peu)		
☐ Autre : _____		

Fonctions cognitives <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand ?	Détails/Compensation (ex. : doit faire des listes)
Attention		
☐ Attention maintenue sur une tâche		
☐ Capacité à faire deux choses à la fois		
☐ Facilement distrait(e) par les stimuli extérieurs		
☐ Autre : _____		
Orientation temporo spatiale		
☐ Orientation dans les endroits familiers		
☐ Orientation pour la journée et la date		
Mémoire		
☐ Se souvenir de ses rendez-vous, des informations reçues dans les jours précédents		
☐ Discours exempt de questions ou propos répétitifs		
☐ Perte ou recherche d'objets fréquente		
☐ Capacité à apprendre le fonctionnement d'un nouvel appareil		
☐ Respect de la chronologie des événements		
☐ Autre : _____		
Langage		
☐ Dans sa façon de s'exprimer, cherche ses mots		
☐ Description de l'objet au lieu de le nommer		
☐ Capacité à suivre une conversation en groupe		
☐ Compréhension des consignes		
☐ Autre : _____		
Fonctions exécutives		
☐ Capacité à initier une tâche et la terminer		
☐ Capacité à organiser et planifier une tâche		
☐ Capacité à agir dans une situation inhabituelle		
☐ Reconnaissance de ses capacités/incapacités		
☐ Capacité à prendre des décisions		
État mental		
☐ Agitation/comportements dérangeants ou inappropriés		
☐ Agressivité verbale/physique		
☐ Anxiété		
☐ Irritabilité		
☐ Méfiance		
☐ Désinhibition		
☐ Passivité, apathie		
☐ Persévérance		
☐ Propos interprétatifs (ex. : accuse autrui de vol)		
☐ Hallucinations/illusions		
☐ Symptômes dépressifs		
Question à l'aidant		
Si vous devez vous absenter pendant 2 semaines (voyage, hospitalisation, etc.), seriez-vous inquiet/inquiète de laisser votre proche seul(e) ? ☐ Oui ☐ Non		
Pourquoi? _____		

Signature de l'infirmière : _____

Date : ____/____/____