



MOCLI60802

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES ET DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

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 : _____	
Motif du dépistage par médecin traitant – Problème actuel, questions médicales, ajout de médication, etc.	
Description de la problématique – Par la personne elle-même ou un tiers (inscrire le nom)	
Événements marquants de la dernière année (séparation, deuil. Déménagement, hospitalisation, etc.)	
Histoire sociale brève	
☐ Âgé(e) de _____ ans	☐ Retraite à _____ ans
☐ Milieu de vie : _____	☐ Marié(e) ☐ Veuf (veuve) ☐ Conjoint(e) de fait
☐ Scolarité : _____	☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ Religieux(se)
☐ Diplôme obtenu : _____	☐ Vit seul(e) ☐ Vit avec : _____
☐ Difficultés d'apprentissage : _____	☐ Enfants et lieu de résidence : _____
☐ Emploi : _____	_____
Habitudes de vie	
☐ Tabac : _____	☐ Quantité/Fréquence : _____
☐ Alcool : _____	☐ Quantité/Fréquence : _____
☐ Drogue : _____	☐ Quantité/Fréquence : _____
Antécédents familiaux	
Mère décédée à l'âge : _____	Cause : _____ Troubles cognitifs ? : _____
Père décédé à l'âge : _____	Cause : _____ Troubles cognitifs ? : _____
Fratrie et famille élargie : Troubles cognitifs ? : _____	
Ressources et services en place	
☐ COOP ☐ Popote roulante ☐ Transport ☐ SAD ☐ Gestionnaire de cas	
☐ Autre : _____	
☐ Mandat d'inaptitude ☐ Procuration bancaire ☐ Compte conjoint	

Informations sur l'usager

Dernier MMSE Résultat : _____ Date : aaaa/mm/ij
 MMSE actuel Résultat : _____ Date : aaaa/mm/ij Horloge : _____
 Dernier MoCA Résultat : _____ Date : aaaa/mm/ij
 MoCA Actuel Résultat : _____ Date : aaaa/mm/ij ☐ Droitier(ère) ☐ Gaucher(ère)
 TA couché : _____ mmHg Pouls : _____ /min. TA debout : _____ mmHg Pouls : _____ /min.
 Poids actuel : _____ kg Perte de poids significative depuis 6 mois (alerte si perte de plus de 5%) : ☐ Oui ☐ Non

Déficits : _____ ☐ Visuel → ☐ Compensé ☐ Auditif → ☐ Compensé

Bilan paraclinique – Tel que proposé dans le [Protocole médical national de l'INESSS](#)

	Fait moins de 6 mois	Demande faite		Fait moins de 6 mois	Demande faite
ECG	☐	☐	CT scan cérébral	☐	☐

Sommaire de l'évaluation

BRÈVE DESCRIPTION DES SYMPTÔMES COGNITIFS ET TYPE DE DÉCLIN
(depuis quand, quelles fonctions cognitives, changement de comportement/humeur, etc.)

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES
(faible réseau social, hallucination, diminution autocritique, etc.)

ÉLÉMENTS CONTRIBUTIFS (AVC, deuil, etc.)

RISQUE SANTÉ/SÉCURITÉ
(médications, feu, chute, intoxication, etc.)

Synthèse AVQ/AVD	Autonome	Autonome avec difficulté	Aide partielle	Aide totale	S.O.
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Questionnaire : Changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant.	☐	☐	☐	☐	☐
Sommeil :	Mobilité :				
Loisir et vie sociale :	Autre :				

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

Planification suivi infirmier

☐ Relance téléphonique dans 2 à 4 semaines avec ou sans traitement ☐ Suivi selon discussion médecin-infirmière

Conduite à tenir – Médecin traitant

DIAGNOSTIC : _____

☐ Début traitement pharmaco Rx : _____

☐ Contrôle tests cognitifs : ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Autre : _____

☐ Suivi usuel selon protocole : ☐ Référence clinique de la mémoire

☐ Autres examens demandés : _____

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/Continence		
☐ 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 (ex. : apnée du sommeil, CPAP, cauchemars, etc.)		
☐ 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		
<i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand ?	Détails
☐ Agitation/comportement dérangeants ou inappropriés		
☐ Agressivité verbale/physique		
☐ Anxiété		
☐ Irritabilité		
☐ Méfiance		
☐ Désinhibition		
☐ Passivité, apathie		
☐ Persévération		
☐ 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 : ____/____/____