

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

REPÉRAGE ET PROCESSUS MENANT AU DIAGNOSTIC

Les renseignements contenus dans cette liste de vérification sont à titre informatif et ne remplace pas le jugement du clinicien. Le contenu provient des travaux de l'INESSS sur le repérage et le processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs. Pour plus de détails, consultez inesss.qc.ca.

Identification du patient

Nom : _____ Âge : _____

Date : _____ N° de dossier : _____

Nom du médecin de famille : _____

Identification du proche aidant (si présent)

Nom : _____ Âge : _____

Téléphone : _____

Relation avec le patient : _____

Situation familiale, psychosociale et environnementale du patient

Milieu de vie (type d'habitation, lieu de résidence) : _____

Habite : Seul Avec conjoint Avec enfant (s) Autre (précisez) : _____

Scolarité du patient : _____ Emploi actuel ou antérieur : _____

Diplôme obtenu : _____ Retraité à : _____ ans

Motif du repérage ou de l'évaluation

► Plainte rapportée par le patient ou les proches, suspicion clinique, facteurs de risque, diagnostic initial posé à l'urgence, etc.

FICHE
1 DE 6

Symptômes rapportés ou observés chez le patient

► Perte ou changement sur le plan de la mémoire, de l'autonomie fonctionnelle, des fonctions exécutives, du langage, de la parole, de la motricité, ↓ chutes, etc.

FICHE
1 DE 6

Facteurs à vérifier lors du processus menant au diagnostic

- Antécédents familiaux
- Médication (± ordonnance, produits naturels)
- Adhésion aux traitements
- Antécédents psychiatriques et santé mentale
- Antécédents médicaux, conditions médicales actuelles pertinentes ou autres comorbidités
- Habitudes de vie (alimentation, tabac, alcool, drogue, sommeil, loisirs, activités, etc.)
- Commentaires :

Facteurs à vérifier lors de l'administration des outils de repérage

- | | | |
|----------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Déficits | <input type="checkbox"/> Visuel | <input type="checkbox"/> Compensé |
| | <input type="checkbox"/> Auditif | <input type="checkbox"/> Compensé |
- Troubles antérieurs de langage (p. ex. : bégaiement)
 - Problèmes physiques (p. ex. : handicap, paralysie)
 - Restrictions motrices (p. ex. : arthrite des doigts)
 - État affectif (p. ex. : anxiété, dépression)
 - Degré de vigilance ou de collaboration
 - Commentaires :

Attention : Il est conseillé d'utiliser les outils de repérage dans un environnement **calme, sans bruit et sans distraction.**

Sommaire de l'évaluation complète	▶ Examens cliniques, fonctions cognitives, autonomie fonctionnelle et troubles du comportement		
	Résultats des outils de repérage (si utilisé)*	Suivi à faire	Commentaires
Examens cliniques	<input type="checkbox"/> Physique complet <input type="checkbox"/> Neurologique <input type="checkbox"/> Cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	
Autonomie fonctionnelle	<input type="checkbox"/> QAF : _____ <input type="checkbox"/> IFD : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	
Fonctions cognitives	<input type="checkbox"/> 5 mots de Dubois : _____ <input type="checkbox"/> Test de l'horloge : _____ <input type="checkbox"/> MMSE : _____ <input type="checkbox"/> MoCA : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	
Questionnaire remis au proche aidant	<input type="checkbox"/> AD8 : _____ <input type="checkbox"/> IQCODE-R : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	
Trouble du comportement et de l'humeur	<input type="checkbox"/> NPI-R : _____ <input type="checkbox"/> QSP-9 : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	

FICHE
3 DE 6

* Les outils proposés sont à titre indicatif uniquement et le choix du ou des outils est laissé au jugement du professionnel selon la situation clinique. RV : rendez-vous.

Examens paracliniques	▶ En présence de résultats aux outils de repérage psychométriques anormaux et/ou atteinte fonctionnelle					
Bilan sanguin de base : N : Normal A : Anormal			Au besoin : N : Normal A : Anormal			
<input type="checkbox"/> FSC		<input type="checkbox"/> TSH		<input type="checkbox"/> ALT		<input type="checkbox"/> IRM cérébrale
<input type="checkbox"/> Glycémie		<input type="checkbox"/> Créatinine		<input type="checkbox"/> Syphilis		<input type="checkbox"/> CT scan
<input type="checkbox"/> Calcémie		<input type="checkbox"/> Électrolytes		<input type="checkbox"/> VIH		
<input type="checkbox"/> B12				<input type="checkbox"/> Folates		
Commentaires :			Commentaires :			

FICHE
2 DE 6

Diagnostic et prise en charge du patient	▶ À remplir par le médecin traitant ou l'infirmière
Diagnostic : _____	
<input type="checkbox"/> Prise en charge en première ligne	Prochain rendez-vous : _____
<input type="checkbox"/> Amorce d'une médication (précisez) : _____	
<input type="checkbox"/> Orientation vers les services spécialisés	Raison (précisez) : _____
Renseignements complémentaires (indiquer toute information pertinent en lien avec la médication) :	