

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

SUIVI D'UN PATIENT ATTEINT D'UN TNC

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 : _____

Diagnostic et stade de la maladie

Précisez : _____

État nutritionnel

Poids actuel : _____ Poids antérieur : _____ Date : _____

Signes de malnutrition oui non Si oui, précisez : _____

Demande d'évaluation par un nutritionniste oui non Si oui, précisez la raison : _____
Date : _____

Examen clinique

► Fonctions cognitives, autonomie fonctionnelle, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

	Actuel	Antérieur	Commentaires
Autonomie fonctionnelle	<input type="checkbox"/> QAF : _____/30 <input type="checkbox"/> IFD : _____/100 <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> QAF : _____/30 <input type="checkbox"/> IFD : _____/100 <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Fonction cognitive	<input type="checkbox"/> MMSE : _____/30 <input type="checkbox"/> MoCA : _____/30 <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> MMSE : _____/30 <input type="checkbox"/> MoCA : _____/30 <input type="checkbox"/> Autre : _____	
SCPD	<input type="checkbox"/> NPI-R : _____/36, _____/60 <input type="checkbox"/> QSP-9 : _____/27 <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> NPI-R : _____/36, _____/60 <input type="checkbox"/> QSP-9 : _____/27 <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Médication

► Changement ou ajout d'un médicament

Médication actuelle : _____ Début du traitement : _____

Dosage : idem ↑ ↓ _____ Arrêt

Changement de molécule : _____ Dosage : _____

Ajout de molécule : _____ Dosage : _____

Renseignements complémentaires (indiquer toute information pertinent en lien avec la médication) :

Signe d'abus et de négligence		▶ p. ex. : physique, sexuelle, psychologique, financier, etc.
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Type d'abus/négligence : _____
Ressources contactées <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, précisez : _____ Date : _____

Signe d'épuisement chez le proche aidant		
État de santé physique de l'aidant	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Précaire : _____
État de santé psychologique de l'aidant	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Précaire : _____
Besoin de l'aidant et suivi à faire (précisez) :		

Documents légaux et niveaux de soins	▶ Rédiger ou mettre à jour les différents documents légaux : p. ex. : niveaux de soins, directives médicales anticipées (DMA) ou mandat en prévision de l'incapacité

Conduite automobile	▶ Amorcer rapidement une discussion avec le patient à propos de sa capacité à conduire		
Le patient présente-t-il un risque pour la sécurité du public en conduisant son véhicule ?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Signalement à la SAAQ	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Réalisé par : _____	Date : _____
Demande d'évaluation sur route par un ergothérapeute	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Raison (précisez) : _____	

Maintien de l'autonomie et sécurité à domicile			
Situation de danger immédiat pour le patient ou autrui :			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Patient socialement isolé et vivant à domicile :			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Éléments de dangerosité (précisez) :		Action à faire (p. ex. référence CLSC) :	

Capacité du patient à gérer ses biens ou sa personne	▶ Opinion du médecin traitant ou de l'intervenant		
Selon vous, est-ce que le patient semble avoir de la difficulté à gérer ses biens ou sa personne? Si oui, précisez :			
Besoin d'une évaluation plus approfondie par une équipe spécialisée :			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Raisons (p. ex. vérifier la capacité a/n des AVQ, AVD, gestion des finances ou des médicaments, etc.) :		Professionnels sollicités et type évaluation demandée :	

Intervenants impliqués
Indiquer le nom des intervenants ou de l'organisme, leurs rôles ainsi que leurs coordonnées :