

ICOPE STEP 1

Date du Test :	<input type="checkbox"/> Evaluation Initiale	<input type="checkbox"/> Suivi	<input type="checkbox"/> Vérification alerte
Nom prénom du patient :	Date et code postal de naissance :		
Téléphone portable ou mail :	Rang de naissance :		
NIR du Patient :			
Nom et ville du médecin traitant :			

COGNITION 1/2

Mémoire

Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est ?) Oui Non

Test de 3 mots

En fonction du mois actuel, sélectionner une liste de mots à répéter à la personne :

- pour janvier, février, juillet et août : liste 1 : Drapeau, Fleur, Porte
- pour mars, avril, septembre et octobre : liste 2 : Fauteuil, Tulipe, Canard
- pour mai, juin, novembre et décembre : liste 3 : Citron, Clé, Ballon

Consigne : « *Je vais vous dire trois mots, je voudrais que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.* »

Orientation

« *Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?* »

Consigne : Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

« *En quelle année sommes-nous ? En quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ?* » Les réponses ci-dessous sont :

Réponse "Année"

Correct Incorrect

Réponse "Mois"

Correct Incorrect

Réponse "Jour du mois"

Correct Incorrect

Réponse "Jour de la semaine"

Correct Incorrect

NUTRITION

Quel est votre poids actuel ? kg

Avez-vous perdu involontairement plus de 3kg au cours de 3 derniers mois ? Oui Non

Avez-vous perdu de l'appétit récemment ? Oui Non

COGNITION 2/2

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

Premier mot Correct Incorrect

Deuxième mot Correct Incorrect

Troisième mot Correct Incorrect

VISION

Avez-vous :

- des problèmes de vue : difficultés pour voir de loin ou pour lire (avec vos lunettes si vous en portez)
- ou des maladies de l'œil
- ou un traitement pour une hypertension artérielle ou un diabète ?

Répondez « oui » si au moins une réponse positive à une des questions Oui Non

Avez-vous l'impression que votre vue a baissé, avec ou sans vos lunettes, au cours des 6 derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ? Oui Non

AUDITION

Consigne : Se mettre derrière le sujet (à distance d'un bras ou à environ 0,6 m) pour qu'il ne puisse pas lire sur les lèvres. Lui demander de placer dans un premier temps un doigt sur le tragus de l'oreille gauche pour assourdir le son. Chuchoter 4 mots avec 2 syllabes. La personne a-t-elle pu répéter au moins 3 mots sur 4 ?

Pour l'oreille droite Oui Non

Mettre le doigt sur le tragus de l'oreille droite puis chuchotez 4 mots avec 2 syllabes. La personne a-t-elle pu répéter au moins 3 mots sur 4 ?

Pour l'oreille gauche Oui Non

Est-ce que vous ou votre entourage avez l'impression que votre audition a baissé au cours des 6 derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ? Oui Non

PSYCHOLOGIE

Au cours des deux dernières semaines :

Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? Oui Non

Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? Oui Non

LOCOMOTION

Consigne : demander au sujet de se lever d'une chaise 5 fois de suite, le plus vite possible, les bras croisés sur la poitrine. Lancer le chronomètre dès que la personne commence l'exercice, puis l'arrêter à la fin de l'exercice.

La personne a-t-elle réalisé les 5 levers de chaise (en 14sec ou moins pour les -80 ans, 16 sec ou moins à partir de 80 ans) ? Oui Non

SYNTHESE

La ou les capacités suivantes présentent une altération :

- Cognition
- Nutrition
- Vision
- Audition
- Psychologie
- Locomotion

Date prochain STEP 1 :

Date STEP 2 :

