ICOPE STEP 1

Date du Test :	☐ Evaluation Initiale ☐ Suivi ☐ Vérification alerte
Nom prénom du patient :	Nom de jeune fille :
Date et ville de naissance :	
Téléphone portable ou mail :	
NIR du Patient :	Rang de naissance :
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

Consigne :

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 à la personne : *« 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

Souffrez-vous de problèmes de vue : difficultés à voir de loin ou de près (avec les lunettes si la personne en porte habituellement), douleur ou gêne oculaire ?
☐ Oui ☐ Non

Souffrez-vous de diabète ou d'hypertension, ou prenez-vous actuellement des stéroïdes ou des médicaments pour les yeux ?
☐ Oui ☐ Non

Examen externe des yeux
Vérifier si croûte importante ou pus sur le bord de la paupière, écoulement excessif d'eau ou de liquide collant des yeux, cils tournés vers l'intérieur, fermeture anormale des paupières, rougeur anormale de la partie blanche de l'œil, trouble ou rougeur anormale de la partie colorée de l'œil

Test d'acuité visuelle
Lors de l'examen de l'acuité visuelle, les points suivants doivent être pris en compte:

- Un espace de test bien éclairé offrant une distance de test d'au moins 3 m est nécessaire.
- Montrez comment faire le test du E en pointant les doigts dans la direction où se trouve le E.

Testez d'abord la vision de loin, puis la vision de près (avec des lunettes si la personne en porte habituellement).

AUDITION

Avez-vous un problème d'audition?" (pour les personnes utilisant des aides auditives, ajoutez "même lorsque vous utilisez votre ou vos aides auditives").
☐ Oui ☐ Non

Est-ce que vous ou votre entourage avez l'impression que votre audition a baissé au cours des 5 derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?
☐ Oui ☐ Non

Test de chuchotement
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 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
Pour l'oreille gauche ☐ Oui ☐ Non

PSYCHOLOGIE

Au cours des deux dernières semaines :
Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? ☐ Oui ☐ Non

MOBILITE

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

SOUTIEN SOCIAL

Vous allez évaluer le facteur soutien social ajouté récemment à ICOPE Monitor et ce à travers plusieurs questions :
- Avez-vous des soucis de logement : état du logement, localisation, sécurité ?
☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous des difficultés financières pour payer la nourriture, le logement et les soins de santé ?
☐ Oui ☐ Non
- Vous sentez-vous souvent seul(e) ?
☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous des difficultés à pratiquer des loisirs ou d'autres activités sociales importantes pour vous ?
☐ Oui ☐ Non

SOUTIEN AUX AIDANTS

- Etes-vous aidant d'une personne malade ou dépendante ?
☐ Oui ☐ Non. Si la réponse est OUI, les questions suivantes apparaissent :
- Pensez-vous bénéficier du soutien dont vous avez besoin dans votre rôle d'aidant ?
☐ Oui ☐ Non
- Vous sentez-vous capable de fournir les soins et le soutien nécessaires ?
☐ Oui ☐ Non
- Est-ce que votre rôle d'aidant a un impact négatif sur votre vie (physiquement, mentalement, financièrement, socialement) ?
☐ Oui ☐ Non

INCONTINENCE URINAIRE

- Vous arrive-t-il d'avoir des fuites urinaires
☐ Oui ☐ Non

SYNTHESE

La ou les capacités suivantes présentent une altération :
☐ Cognition
☐ Nutrition
☐ Vision
☐ Audition
☐ Psychologie
☐ Locomotion

Le ou les facteurs suivants suivants présentent une altération :

☐ Cognition
☐ Nutrition
☐ Vision

Date prochain STEP 1 :
Date STEP 2 :