

ICOPE STEP 1

Date du Test :	<input type="checkbox"/> Evaluation Initiale	<input type="checkbox"/> Suivi	<input type="checkbox"/> 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

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 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

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 :