

EVALUATION INITIALE

<input type="checkbox"/> Faire signer 6 CONSENTEMENT DU PATIENT (2 exemplaires)				
Référent parcours				
Numéro de Dossier		Date		
Nom-Prénom				
Adresse				
CP		Ville		
Téléphone		N° SS		
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Directives anticipées		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de naissance		Ville de naissance		
ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, laquelle(s)		
Caisse de retraite Nom :				
<input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)				
APA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Classe GIR (1 à 6)		
Mutuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom mutuelle		
Profession				
PERSONNE DE CONFIANCE				
Nom-Prénom				
Tél		Mail		
Lien avec la personne âgée				
CONTACTS PS ET MEDICO-SOCIAUX				
Niveau d'information	Catégorie professionnelle	Nom/Prénom du pro ou de l'organisme	Téléphone	Email
<i>Niveau 1</i>	<i>Médecin traitant</i> <i>Se déplace-t-il au domicile?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
	<i>Infirmier(s)</i>			
	<i>Pharmacien</i>			
	<i>Kinésithérapeute</i>			
	<i>Ergothérapeute</i>			
	<i>Gériatre</i>			
	<i>Autre spécialiste</i>			
<i>Niveau 2</i>	<i>Assistante sociale</i>			
	<i>DAC</i>			
<i>Niveau 3</i>	<i>Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)</i>			
	<i>Autre</i>			

ICOPE

(à faire ci-dessous ou sur application et à imprimer)

LA COGNITION

1. Avez-vous des troubles de la mémoire ou de l'orientation ?

Question complémentaire : Si oui, avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois ?

2. Test de mémoire : Apprentissage des 3 mots

Drapeau - Fauteuil - Citron OU Fleur - Tulipe - Clé OU Porte - Canard - Ballon

3. Test d'orientation : Quelle est la date d'aujourd'hui ?

4. Rappel des 3 mots à effectuer après l'évaluation de la nutrition

LA NUTRITION

1. Poids actuel du sujet (mesuré ou rapporté)

2. Avez-vous perdu involontairement plus de 3 kg au cours des 3 derniers mois ?

3. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?

LA VISION

1- Avez-vous :

- Des problèmes de vue (avec vos lunettes si vous en portez)

- Ou des maladies de l'œil

- Ou un traitement pour une hypertension artérielle ou un diabète

2- Si oui, 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 ?

L'AUDITION

1. Test de chuchotement :

o Se placer à 1 bras de distance derrière et sur le côté du sujet (du côté que l'on va évaluer)

o Demander à la personne de se boucher l'oreille opposée en appuyant sur le tragus

o Murmurer plusieurs mots familiers (2 syllabes)

o Demander à la personne de répéter les mots

o Faire de même du côté opposé

2. Question complémentaire : 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 ?

LA PSYCHOLOGIE

Au cours des 2 dernières semaines:

- Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?

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

Pour que ces symptômes soient objectivés, il faut qu'ils soient durables et qu'ils aient persistés pendant 2 semaines

LA MOBILITE

Test du lever de chaise : Mesurer le temps mis pour se lever 5 fois d'une chaise bras croisés sur le thorax < 14 secondes

CONSIGNES DE PASSATION : Montrer à la personne ce qu'elle va devoir faire :

Placer une chaise sans roulettes et sans accoudoirs dossier contre un mur

S'asseoir sur la chaise bras ramenés sur la poitrine, dos droit non collé au dossier

Se lever entièrement de la chaise sans aide des mains

Expliquer à la personne qu'elle va devoir faire la même chose 5 fois d'affilé le plus vite possible quand vous lui donnerez le départ

Encourager la personne, la rassurer avec une présence proche pour éviter les chutes

Déclencher le chronomètre au signal « Départ »

Compter à voix haute les levers

Le chronomètre est arrêté quand la personne est debout après le 5e lever

ANTECEDENTS

Pathologies connues :

.....
.....

Problème lié à des médicaments : ..

.....
.....

Actes/diagnostics/thérapeutiques nombreux ou complexe :

.....
.....

Chute(s)

Date :

Récurrence :

Motif :

Avez-vous été hospitalisé au cours des 6 derniers mois :

Oui Non

SANTE

Rupture de parcours de soins

Absence de médecin

Troubles du comportement

Manque d'informations médicales

Incapacité des soins d'hygiène

Incontinence urinaire

Incontinence fécale

Perte de motivation

Autre :

Plaintes récurrentes :

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Altération dans les actes de la vie quotidienne

Difficultés à se déplacer à l'intérieur

Difficultés à se déplacer à l'extérieur

Difficulté de préparer ses repas

Difficulté pour faire ses courses

Autre :

AUTONOMIE DECISIONNELLE

Altération dans la prise de décision

Mise en danger

Autre :

ECONOMIE/ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE

Précarité

Difficultés d'accès aux droits

Autre :

ENVIRONNEMENT/SECURITE

Déménagement du patient

Déménagement d'un proche

Absence de logement

Logement inadapté

Logement encombré

Insalubrité

Refus soins

Eléments de dangerosité

Situation de maltraitance

Animaux

Autre :

CONTEXTE FAMILIAL/SOCIAL

- Absence d'aidants
- Epuisement des aidants
- Isolement
- Décès d'un proche
- Vulnérabilité
- Autre :

LOISIRS

OBSERVATIONS

SYNTHESE