



Memento

Classeur d'observation annoté

De la pré-inclusion jusqu'au suivi M60

Version Septembre 2018



SOMMAIRE

PLANNING DES VISITES.....	4
PRE-INCLUSION	7
SUIVI M0.....	11
SUIVI M06.....	27
SUIVIS M12, M24, M36, M48, M60.....	32
SUIVIS M18, M30, M42, M54	41
RECUEIL CONTINU	46
QUESTIONNAIRES STANDARDISES	50
SYNTHESE DE L'EXAMEN MEDICAL.....	51
MINI MENTAL STATE EXAMINATION.....	56
TESTS NEUROPSYCHOLOGIQUES.....	58
CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE.....	62
EVALUATION DES PLAINTES	64
HABITUDES DE VIE.....	66
LOISIRS ET ACTIVITES QUOTIDIENNES.....	68
QUESTIONNAIRE RESEAU SOCIAL.....	70
AUTO-QUESTIONNAIRE ACCOMPAGNANT	73
INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE	83
DIFFICULTES SUBJECTIVES.....	97
IADL (LAWTON) ADL (Katz).....	100
MINI NUTRITIONNAL ASSESSMENT.....	104
EQ - 5D.....	106
SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY	109
INTERNATIONAL PHYSICAL ASSESSMENT QUESTIONNAIRE	111
STRESS RESPONSE RATING SCALE	113
LEIPAD	117
QUESTIONNAIRE MALADIE A CORPS DE LEWY.....	123
EXAMEN BIOLOGIQUE.....	129
IRM CEREBRALE.....	132
SUIVI PAR TELEPHONE.....	135
FICHE CONTACT INFORMANT.....	142
FICHE CONTACT MEDECIN.....	144

PLANNING DES VISITES

Planning des visites

QUESTIONNAIRES	Pré- inclusion	M0	M06	M12	M18	M24	M30	M36	M42	M48	M54	M60
Critères d'éligibilité	✓											
Caractéristiques socio-démographiques		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Antécédents		✓										
Aspects médico-économiques		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Examen physique et neurologique		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Synthèse de l'examen médical			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mini-Mental State Examination	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tests neuropsychologiques	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Echelle Clinical Dementia Rating	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluation des plaintes	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Habitudes de vie		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Loisirs et activités quotidiennes												
Réseau social		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Questionnaire accompagnant		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Inventaire Neuropsychiatrique NPI		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Difficultés subjectives		✓		✓		✓		✓		✓		✓
IADL-ADL		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mini Nutritional Assessment		✓		✓		✓		✓		✓		✓
EuroQol-5D		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Short Physical Performance Battery		✓		✓		✓		✓		✓		✓
International Physical Activity questionnaire		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Stress Rating Response Scale			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
LEIPAD				✓		✓		✓		✓		✓
Maladie à corps de Lewy		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Prélèvement ADN et ARN		✓				✓				✓		
Examen biologique		✓		✓		✓		✓		✓		✓
IRM cérébrale		✓				✓				✓		
TEP-scan (18F-FDG) *		✓				✓				✓		
Ponction lombaire *		✓				✓				✓		
Suivi par telephone Démographie, événements cliniques, traitements, EQ-5D, AD-8, NPI-R			✓		✓		✓		✓		✓	
Recueil continu Evenements cliniques traitements décès			Pendant et entre les visites									

* Proposé à M0, M24 et M48. Possible à d'autres visites quand la procédure n'était pas possible/faisable ou si le participant a accepté à un suivi ultérieur.

Bilan des visites

STVIS

STVTYPSUIV (\$100.)	Statut des visites	Dates de visites	Si non faite, raison
Visite Pré-inclusivo		_ _ _ _ _ _ _ _ STVVISDAT (\$10.)	
Visite M0	STVSTAVIS (A01009_) <input type="checkbox"/> Non faite	_ _ _ _ _ _ _ _ STVVISDAT_D (ddmmyy10.)	
Visite M6	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	STVRAISNF (\$100.)
Visite M12	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
Visite M18	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
Visite M24	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
Visite M30	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
Visite M36	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
Visite M42	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
Visite M48	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
Visite M54	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
Visite M60	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Faite sur site <input type="checkbox"/> Faite par téléphone	_ _ _ _ _ _ _ _	_____

Legende des annotations

STVVISDAT_D Nom de la variable

(ddmmyy10.) Format de la variable (numerique, librairie (AXXXX_), texte, date, heure)

STVIS

INCL

Nom de la table (format "wide": fond blanc, format "long" : fond jaune)

PRE- INCLUSION

SIGNALEMENT D'UNE PRE-INCLUSION

USUBJID (\$7.) **SITEID (A02001_.)** **SUBJID (\$4.)** **SUBJLET (\$4.)**
 Centre Participant Code lettres
 |_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

INCDAT (\$10.) **INCDAT_D (ddmmyy10.)**

INCL

Date de visite: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

INCCONSDAT (\$10.) **INCCONSDAT_D (ddmmyy10.)**

• Date de signature du consentement: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

DM

• Sexe : **SEX (A04001_)**
 masculin féminin

• Date de naissance: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **BIRTHDAT (\$10.)** **BIRTHDAT_D (ddmmyy10.)**

• Pays de naissance: **BRTHCOUN (\$100.)**

✓ Si né en France,,

- département de naissance: |_|_|_| **BRTHDPT (A04024_)**

- commune de naissance: **BRHTOWN (\$250.)**

• Langue maternelle:

français autre **BRTHLANG (A04002_)**

↳ si autre, préciser: **BRTHLANOTH (\$100.)**

DEMANDE D'INCLUSION

IE

Pour les critères d'inclusion suivants, si une seule case NON est cochée, le participant n'est pas éligible :

	IEORRES (A01001_)	
	OUI	NON
<p style="margin: 0;">IETESTCD IETEST IECAT (2.) (\$250.) (\$100.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge ≥ 18 ans 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir au moins un déficit cognitif léger défini par une performance inférieure à 1 écart-type de la moyenne (définie selon les normes d'âge et de niveau d'étude du participant) dans un ou plusieurs domaines cognitifs (évalué à partir d'une batterie de tests neuropsychologiques explorant la mémoire, le langage, les praxies, la vision, les fonctions exécutives); ce déficit étant identifié pour la première fois par des tests réalisés moins de 6 mois avant la date d'inclusion (c'est-à-dire la signature d'un consentement éclairé) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ou		
Présenter une plainte cognitive isolée si le participant est âgé de plus de 60 ans		
<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Dementia Rating scale ≤ 0,5 et non dément (critères DSM-IV) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Acuités visuelle et auditive appropriées pour la réalisation des tests neuropsychologiques 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Consentement libre, éclairé et écrit, signé par le participant et l'investigateur (au plus tard le jour de la pré-inclusion et avant tout examen nécessité par l'étude MEMENTO) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Personne affiliée à / ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale tel que défini dans la loi 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les critères de non inclusion suivants, si une seule case OUI est cochée, le participant n'est pas éligible

	YES	NO
<ul style="list-style-type: none"> • Participant protégé, sous tutelle ou curatelle 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Participant vivant en institution spécialisée (EHPAD, unité de long séjour, etc...) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Femme enceinte ou allaitante 	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Forme génétique de maladie d'Alzheimer (mutation génétique connue) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indication à l'IRM ou refus de l'IRM 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une maladie neurologique 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent d'accident vasculaire cérébral datant de moins de 3 mois 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent de schizophrénie (critères DSM-IV) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Illétrisme, ne sait pas lire, écrire ou compter 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓ Le participant est-il inclus dans la cohorte : non oui **IEINCL (A01001_)**

INCL

↳ si non, indiquer la (les) raison(s) de non inclusion :

.....**IEINCLR..(\$254.)**.....

nom du médecin

date de remplissage

signature

|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

QUESTIONNAIRES STANDARDISES ADDITIONNELS PRE-INCLUSION

- + Mini Mental State Evaluation (MMSE)**
- + Tests neuropsychologiques**
- + Clinical Dementia Rating (CDR)**
- + Evaluation des plaintes**

SUIVI MO

NIVEAU D'EDUCATION ET DONNÉES PROFESSIONNELLES

Suivi M Date:

DM

- Niveau socio-éducatif du participant : **DMSOCED (A04003_)**
 - ❶ pas de scolarisation
 - ❷ scolarité en école primaire (certificat d'étude primaire)
 - ❸ secondaire premier cycle (collège - CAP – BEPC)
 - ❹ secondaire deuxième cycle (BEP - lycée – baccalauréat)
 - ❺ études supérieures

- A quel âge le participant a-t-il quitté l'école ou arrêté ses études : ans **DMECOLAGE (3.)**

- Diplôme le plus élevé obtenu par le participant : **DMDIP (A04004_)**
 - ❶ aucun diplôme
 - ❷ CEP (certificat d'études primaires) ou diplôme étranger de même niveau
 - ❸ brevet des collèges, BEPC, brevet élémentaire ou diplôme étranger de même niveau
 - ❹ CAP, BEP ou diplôme étranger de même niveau
 - ❺ baccalauréat technologique ou professionnel ou diplôme étranger de même niveau
 - ❻ baccalauréat général, brevet supérieur, capacité en droit, ou diplôme étranger de même niveau
 - ❼ diplôme de niveau Bac+2 ou diplôme étranger de même niveau
 - ❽ diplôme de niveau supérieur à Bac+2 ou diplôme étranger de même niveau

- Situation professionnelle actuelle du participant : **DMSITPRO (A04023_)**
 - ❶ retraité
 - ❷ chômeur ou en recherche d'emploi
 - ❸ invalide ou en congé de longue maladie
 - ❹ salarié ou travaillant à son propre compte
 - ❺ homme ou femme au foyer
 - ❻ autre (rentier, bénévole)

- ↪ Si ❶ ou ❷ ou ❸, préciser : **DMLSTJOB (A04019_)**
 - Dernière profession exercée (nomenclature INSEE) :
 - Age du participant lors de la cessation d'activité : ans **DMJENAGE (3.)**
 - Profession exercée le plus longtemps (si différente) (nomenclature INSEE) :
 - Durée de l'activité exercée le plus longtemps : ans **DMLONGJOB (A04019_)**

- ↪ Si ❹, préciser : **DMDURJOB (3.)**
 - Profession actuelle (nomenclature INSEE) : **DMACTJOB (A04019_)**
 - Profession exercée le plus longtemps (si différente) (nomenclature INSEE) :
 - Durée de l'activité exercée le plus longtemps : ans **DMLONGJOB (A04019_)**

- ↪ Si ❺ ou ❻, préciser : **DMDURJOB (3.)**
 - Le participant a-t-il déjà exercé une activité professionnelle : non oui **DMJOB (A01001_)**
 - ↪ si oui : - Dernière profession exercée (nomenclature INSEE) : **DMLSTJOB (A04019_)**
 - Age du participant lors de la cessation d'activité : ans **DMJENAGE (3.)**
 - Profession exercée le plus longtemps (si différente) (nomenclature INSEE) : **DMLONGJOB (A04019_)**
 - Durée de l'activité exercée le plus longtemps : ans **DMDURJOB (3.)**

INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE

**Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS 2003 INSEE)
Niveau 2 - Liste des catégories socioprofessionnelles de publication courante****Code Libellé**

- 10 Agriculteurs exploitants
- 21 Artisans
- 22 Commerçants et assimilés
- 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
- 31 Professions libérales et assimilés
- 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- 36 Cadres d'entreprise
- 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- 47 Techniciens
- 48 Contremaîtres, agents de maîtrise
- 51 Employés de la fonction publique
- 54 Employés administratifs d'entreprise
- 55 Employés de commerce
- 56 Personnels des services directs aux particuliers
- 61 Ouvriers qualifiés
- 66 Ouvriers non qualifiés
- 69 Ouvriers agricoles
- 71 Anciens agriculteurs exploitants
- 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 73 Anciens cadres et professions intermédiaires
- 76 Anciens employés et ouvriers
- 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- 82 Inactifs divers (autres que retraités)

DONNÉES SOCIALES

DM

SOCIO

- Etat civil actuel du participant : **DMCIVIL (A04009_)**
 - ① célibataire
 - ② divorcé(e) / séparé(e), année du divorce/séparation : _____ **DMSEPYR (4.)**
 - ③ veuf(ve) / décès du conjoint(e), année du décès du conjoint : _____ **CONDTHYR (4.)**
 - ④ marié(e) / concubin(e), année du mariage/année du concubinage : _____ **CONWEDYR (4.)**

↪ Si marié(e) / concubin(e),

- Situation professionnelle actuelle du CONJOINT/CONCUBIN : **CONSITPRO (A04023_)**

- ① retraité
- ② chômeur ou en recherche d'emploi
- ③ invalide ou en congé de longue maladie
- ④ salarié ou travaillant à son propre compte
- ⑤ homme ou femme au foyer
- ⑥ autres (rentier, bénévole)

↪ Si ① ou ② ou ③, préciser :

DM

CONLSTJOB (A04019_)

- Dernière profession exercée (nomenclature INSEE) : _____
- Age du CONJOINT/CONCUBIN lors de la cessation d'activité : _____ ans **CONJENAGE (3.)**
- Profession exercée le plus longtemps (si différente) (nomenclature INSEE) : _____ **CONLONGJOB (A04019_)**
- Durée de l'activité exercée le plus longtemps : _____ ans **CONDURJOB (3.)**

↪ Si ④, préciser :

CONACTJOB (A04019_)

- Profession actuelle (nomenclature INSEE) : _____
- Profession exercée le plus longtemps (si différente) (nomenclature INSEE) : _____ **CONLONGJOB (A04019_)**
- Durée de l'activité exercée le plus longtemps : _____ ans **CONDURJOB (3.)**

↪ Si ⑤ ou ⑥, préciser :

CONJOB (A01001_)

- Le CONJOINT/CONCUBIN a-t-il déjà exercé une activité professionnelle : non oui
- ↪ si oui : - Dernière profession exercée (nomenclature INSEE) : _____ **CONLSTJOB (A04019_)**
- Age du CONJOINT/CONCUBIN lors de la cessation d'activité : _____ ans **CONJENAGE (3.)**
- Profession exercée le plus longtemps (si différente) (nomenclature INSEE) : _____ **CONLONGJOB (A04019_)**
- Durée de l'activité exercée le plus longtemps : _____ ans **CONDURJOB (3.)**

- Le participant est-il venu accompagné :

non oui ACCYN (A01001_)

SOCIO

↳ si oui, est-il venu avec :

- conjoint/concubin non oui ACCONJ (A01001_)

- enfant non oui ACCENF (A01001_)

- frère/sœur non oui ACCFRA (A01001_)

- autre non oui ACCAUT (A01001_)

↳ si autre, préciser : ACCAULIE (\$100.)

Si le participant est venu accompagné :

- Un des accompagnants a-t-il accepté de répondre à l'autoquestionnaire :

non oui ACCACCREP (A01001_)

- Au moins un accompagnant est-il présent lors de la consultation :

non oui ACCPRES (A01001_)

Si le participant n'est pas venu accompagné :

- Une personne contact a-t-elle été identifiée :

non oui PCYN (A01001_)

↳ si oui, il s'agit : conjoint/concubin PCCONT (A04025_)

enfant

frère/sœur

autre

↳ si autre, préciser : PCAUTPRES (\$100.)

- Un contact téléphonique a-t-il été pris avec cette personne :

non oui PCCONTEL (A01001_)

↳ si oui, cette personne accepte-t-elle de répondre à l'autoquestionnaire :

non oui PCACCREP (A01001_)

DONNÉES SOCIO-ECONOMIQUES

SOCIO

- En moyenne, quels sont les revenus mensuels du foyer du participant, toutes sources de revenus cumulées : **DMSAL (A04007_)**

- ❶ 400 € à moins de 800 € (de 2 600 Frs à moins de 5 200 Frs)
- ❷ 800 € à moins de 1 200 € (de 5 200 Frs à moins de 7 900 Frs)
- ❸ 1 200 € à moins de 1 800 € (de 7 900 Frs à moins de 11 800 Frs)
- ❹ 1 800 € à moins de 2 500 € (de 11 800 Frs à moins de 16 400 Frs)
- ❺ 2 500 € à moins de 4 000 € (de 16 400 Frs à moins de 26 200 Frs)
- ❻ 4 000 € à moins de 6 000 € (de 26 200 Frs à moins de 39 400 Frs)
- ❼ 6 000 € ou plus (39 400 Frs ou plus)
- ❽ ne souhaite pas répondre

SOC COMPS (A01001_)

- Le participant a-t-il une mutuelle complémentaire santé : ❶ non ❷ oui

DM

- Dans quel type de logement vit actuellement le participant : **SOCHAB (A04010_)**

- ❶ appartement
- ❷ maison individuelle
- ❸ foyer logement
- ❹ résidence pour personnes âgées (RPA)
- ❺ congrégation religieuse
- ❻ maison de retraite médicalisée
- ❼ autre

↳ si autre, préciser : **SOCHABOTH (\$100.)**

- Le participant vit seul :

- ❶ non ❷ oui **SOCVITSEUL (A01001_)**

↳ si non, avec qui partage-t-il son logement :

- | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ✓ conjoint/concubin : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITCONJ (A01001_) |
| ✓ enfant : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITENF (A01001_) |
| ✓ frère/sœur : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITFRA (A01001_) |
| ✓ père/mère : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITPAR (A01001_) |
| ✓ cohabitation non familiale :
(amis, congrégation) | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITNFAM (A01001_) |
| ✓ autre : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITAUT (A01001_) |

↳ si autre, préciser : **SOCVITAUTPRES (\$250.)**

- AIDCAT** (\$100.) Le participant a-t-il de l'aide à domicile : non oui **SOCAIDHO (A01001_)** **AIDCORRES (A01001_)** **AIDE**
- AIDTYPACD** (1.) **AIDTORRES (A01001_)** **AIDFREQU (\$100.)** **AIDFREQ (Best8.)**
 si oui, de quel type d'aide s'agit-il : non oui si oui, nombre d'heures par semaine :
- AIDTYPA** (\$100.) **AIDPECDAT (\$7.)**
 femme de ménage : non oui si oui, nombre d'heures par semaine :
 auxiliaire de vie sociale : non oui si oui, nombre d'heures par semaine :
 service de soins infirmiers à domicile : non oui si oui, date de prise en charge :
- AIDMOMT (A01003_M)** / AAAA
- ✓ garde à domicile : non oui si oui : jour nuit les deux
- ✓ livraison des repas : non oui si oui, nombre de fois par semaine :
- Le participant bénéficie-t-il d'autres types d'aide : non oui **SOCAIDAUT (A01001_)** **AIDCORRES (A01001_)**
 si oui, de quel type d'aide s'agit-il :
- ✓ accueil de jour : non oui si oui, nombre de jours par mois : /
- ✓ transport :
 - payé par des fonds publics non oui si oui, nombre de fois par mois :
 - payé par le participant non oui si oui, nombre de fois par mois :
- Le participant bénéficie-t-il de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) : **SOCIO**
 non oui **SOCAPA (A01001_)**
 si non, la demande est-elle en cours : non oui **SOCDEMAPA (A01001_)**
- Le participant bénéficie-t-il de l'ALD (Affection Longue Durée) :
 non oui **SOCALD (A01001_)**
 si oui, motif de l'ALD : **SOCALDMOT (\$250.: MEDDRA)** **SOCALDMOT2 (\$250.: MEDDRA)**
 si non, la demande est-elle en cours :
 non oui **SOCDEMALD (A01001_)** **SOCALDMOT (\$250.: MEDDRA)** **SOCALDMOT2 (\$250.: MEDDRA)**
 si oui, motif de l'ALD :
- Prise en charge du participant : **PECP**
- ✓ Le participant a-t-il un médecin généraliste déclaré : non oui **PECMG (A01001_)**
- ✓ Le participant consulte-t-il un neurologue : non oui **PECNEURO (A01001_)**
- ✓ Le participant est-il suivi par un psychologue : non oui **PECPSY (A01001_)** **PECPSYFQ (Best8.)**
 si oui nombre de séances / semaine :
- ✓ Le participant est-il suivi par un kinésithérapeute : non oui **PECKINE (A01001_)** **PECKINEFQ (Best8.)**
 si oui nombre de séances / semaine :
- ✓ Le participant est-il suivi par un orthophoniste : non oui **PECORTHO (A01001_)** **PECORTHOFQ (Best8.)**
 si oui nombre de séances / semaine :
- ✓ Le participant est-il suivi par un ergothérapeute : non oui **PECERGO (A01001_)** **PECERGOFQ (Best8.)**
 si oui nombre de séances / semaine :
- ✓ Le participant est-il suivi par un psychomotricien : non oui **PECPSYCM (A01001_)** **PECPSYCMFQ (Best8.)**
 si oui nombre de séances / semaine :

PMHCD (2.)

ANTECEDENTS PERSONNELS

PMHATCD (\$100.)

• **Antécédents cardio-vasculaires :** PMHORRES (A01001_)

PMHAGDIAG (3.)

- ✓ hypertension artérielle : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ fibrillation auriculaire : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ coronaropathie : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ insuffisance cardiaque : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ artériopathie des membres inférieurs : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ angine de poitrine : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ infarctus du myocarde : non oui
 ↳ si oui, PMHNB (2.)
 - combien d'infarctus le participant a-t-il eu : _____
 - âge au premier : _____
- ✓ Accident Vasculaire Cérébral (AVC) non oui
 ↳ si oui,
 combien d'AVC le participant a-t-il eu: _____
 âge au premier : _____
- ✓ Accident Ischémique Transitoire (AIT) non oui
 ↳ si oui,
 combien d'AIT le participant a-t-il eu: _____
 âge au premier : _____

• **Autres antécédents :**

- ✓ diabète de type I : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ diabète de type II : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ hypercholestérolémie/dyslipidémie : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ traumatisme crânien avec perte de connaissance : non oui si oui, âge lors de l'évènement : _____
- ✓ épilepsie : non oui si oui, âge au diagnostic : _____ ans
- ✓ dépression traitée ou suivie : non oui si oui, âge au 1^{er} épisode : _____
- ✓ migraines : non oui
 ↳ si oui,
 - âge au 1^{er} épisode : _____ ans
 - le participant a-t-il présenté un épisode migraineux au cours des 12 derniers mois : non oui

ATCDP2

PMHEV12M (A01001_)

• **Le participant a-t-il d'autres antécédents médicaux :** non oui (si oui reporter dans la fiche ANT5) PMHAUTMED (A01001_)• **Le participant a-t-il d'autres antécédents chirurgicaux :** non oui (si oui reporter dans la fiche ANT5) PMHAUTCHIR (A01001_)

ATCDP2

• **Pour les femmes :**

- ✓ La participante est-elle ménopausée : non oui **PMHMENOP (A01001_)**
 ↳ si oui,
 - âge à la ménopause : ans **PMHMENAGE (3.)**
 - s'agit-il d'une ménopause : **PMHMENTYP (A05004_)**
 naturelle
 après ovariectomie
 due à un autre traitement médical ou chirurgical
 ↳ Préciser : **PMHMENOTH (\$100.)**
- ✓ Traitement hormonal substitutif en cours : non oui **PMHTHSONGO (A01001_)**
 ↳ **si oui**, depuis quel âge : ans **PMHTHSAGE (3.)**
 ↳ **si non**, la participante a-t-elle déjà pris un traitement hormonal substitutif ? :
 non oui **PMHTHSHIST (A01001_)**
 ↳ si oui, pendant combien d'année(s) : ans **PMHTHSDUR (3.)**

↳ Si un traitement hormonal substitutif est en cours, merci de le reporter sur la fiche TRT

ANTECEDENTS OCULAIRES

ATCDP2

- Actuellement, le participant porte-t-il régulièrement des lunettes de vue ou des lentilles oculaires ?
 non oui **PMHLUNET** (A01001_)

- Le participant a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il de maladies oculaires (hors correction de l'acuité visuelle : myopie, presbytie, ...) ?
 non oui **PMHOCMAL** (A01001_)
 - ↳ **si oui**, était-ce (précisez également si un œil était concerné ou bien les deux yeux) :
 - ✓ une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
 non oui, un œil oui les deux yeux **PMHDMLA** (A09052_)
 - ✓ un glaucome
 non oui, un œil oui les deux yeux **PMHGLAUC** (A09052_)
 - ✓ une opération de la cataracte ?
 non oui **PMHOPCAT** (A01001_)
 - ↳ si oui, d'un œil des deux yeux **PMHOPCATO** (A09053_)
 - ✓ une autre(s) maladie(s) oculaire(s)
 non oui **PMHMOAUT** (A01001_)
 - ↳ **si oui**, préciser **PMHMOAOTP1** (\$250. ; MEDDRA)
 - un œil les deux yeux **PMHMOAUTO1** (A09053_)
 - ↳ **si oui**, préciser **PMHMOAOTP2** (\$250. ; MEDDRA)
 - un œil les deux yeux **PMHMOAUTO2** (A09053_)
 - ↳ **si oui**, préciser **PMHMOAOTP3** (\$250. ; MEDDRA)
 - un œil les deux yeux **PMHMOAUTO3** (A09053_)

↳ Si l'un des items ci-dessus est oui, merci de reporter l'antécédent sur la fiche ANT5

- Le participant a-t-il été traité ou est-il traité par l'injection dans l'œil d'un des produits suivants : Visudyne[®], Lucentis[®], Macugen[®], Avastin[®] ?
 non oui **PMHDMLAT** (A01001_)

↳ Si oui, précisez le ou les traitement(s) utilisé(s) dans la fiche TRT

ANTECEDENTS FAMILIAUX

FMH

- Un des parents du participant présente-t-il ou a-t-il présenté une des pathologies ci-dessous :

FMHTESTCD (2.)

FMHTEST (\$100.)

Si oui, préciser le lien de parenté avec le participant

FMHORRES (A01001_) FMHGDPA (A01001_) FMHFAT (A01001_) FMHMOT (A01001_) FMHENF (A01001_) FMHFRA (A01001_) FMHUNC (A01001_) FMHCOUS (A01001_)

PATHOLOGIES		Si oui, préciser le lien de parenté avec le participant						
		Grand-parent	Père	Mère	Enfant	Frère / Sœur	Oncle / tante	Cousin germain
- Maladie d'Alzheimer	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
- Epilepsie	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
- Accident vasculaire	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
- Troubles du langage	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
- Paraplégie	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
- Myopathie	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
- Maladie de Parkinson	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
- Démence vasculaire	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
- Démence à corps de Lewy	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
- Autres démences	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui

AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

MH

MHNUMP (2.)

Page [] [] []

MHSPID (2.)

N°	Diagnostic	Date de début	Date de fin
1	MHTERM (\$254. ; MEDDRA)	MHSTDAT MHSTDAT_D (\$10.) (ddmmvv10.) [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	MHENDAT MHENDAT_D (\$10.) (ddmmyy10.) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> en cours à l'inclusion MHONGO (A01001_)
2		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> en cours à l'inclusion
3		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> en cours à l'inclusion
4		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> en cours à l'inclusion
5		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> en cours à l'inclusion
6		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> en cours à l'inclusion
7		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> en cours à l'inclusion
8		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> en cours à l'inclusion

Attention veuillez vérifier si le participant a présenté un des antécédents suivants :

- ✓ Angioplastie coronaire (dilatation)
- ✓ Chirurgie coronaire (pontage)
- ✓ Opération artère carotide
- ✓ Opération anévrisme aorte abdominale
- ✓ Cancer (préciser la localisation)
- ✓ Troubles du rythme cardiaque (tachycardie, extrasystole...)

Si oui, merci de le reporter sur cette fiche

HISTOIRE DE LA MALADIE

HMDAT (\$10.) HMDAT_D (ddmmyy10.)

HISM

Date de la visite :

- Le participant a été adressé pour sa première consultation au CMRR par : **HMAADDRESS (A05001_)**
 - 1 médecin généraliste 2 neurologue 3 gériatre
 - 4 psychiatre 5 autre spécialiste 6 direct (venu de lui-même)
 - 7 service hospitalier 8 urgences médicales
 - 9 autre (préciser) : **HMADROTH (\$100.)**

- Pour quel motif le participant consulte-t-il ce jour :
 - ✓ Une plainte/un trouble de mémoire : non oui **HMMEM (A01001_)**
 - ✓ Un trouble du langage : non oui **HMLANG (A01001_)**
 - ✓ Un trouble du comportement : non oui **HMCOMP (A01001_)**
 - ✓ Un autre type de plainte/trouble : non oui **HMAUTR (A01001_)**
 ↳ si oui, lequel : **HMAUTPRES (\$254.)**

- A quand remontent les premiers symptômes pour lesquels le participant consulte :
HMSYMPDAT (\$7.)
(mois) (année)

- Le participant a-t-il été exposé à un/des événement(s) stressant(s) au moment de la survenue des symptômes :
 - non oui **HMEVSTR (A01001_)**
 - ↳ si oui, le(s)quel(s) : **HMEVSTRPR (\$254.)**

- Le participant a-t-il déjà consulté ailleurs que dans ce CMRR pour ces symptômes : non oui
 ↳ si oui, **HMCONSHCMRR (A01001_)**
 - ✓ à quelle date a-t-il consulté pour la 1^{ère} fois : (mois /année) **HMCONS1DAT (\$7.)**
 - ✓ dans le cadre de cette consultation, le participant a-t-il passé des tests pour mesurer sa mémoire ou son langage par exemple : non oui **HMCONSTEST (A01001_)**
 - ↳ si non, à quelle date a-t-il consulté pour la 1^{ère} fois dans ce CMRR : (mois /année)
HMCS1CMRRDAT (\$7.)

HISM

- Le participant prend-t-il ou a-t-il déjà pris un des traitements suivants :

(A07011_)

✓ Aricept®: HMARICEPT	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, mais arrêté	<input type="radio"/> oui toujours en cours ↳ si toujours en cours, le reporter sur la fiche TRT
✓ Ebixa® : HMEBIXA	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, mais arrêté	<input type="radio"/> oui toujours en cours ↳ si toujours en cours, le reporter sur la fiche TRT
✓ Reminyl®: HMREMINYL	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, mais arrêté	<input type="radio"/> oui toujours en cours ↳ si toujours en cours, le reporter sur la fiche TRT
✓ Exelon®: HMEXELON	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, mais arrêté	<input type="radio"/> oui toujours en cours ↳ si toujours en cours, le reporter sur la fiche TRT
✓ Temesta®: HMTEMESTA	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, mais arrêté	<input type="radio"/> oui toujours en cours ↳ si toujours en cours, le reporter sur la fiche TRT
✓ Lexomil®: HMLEXOMIL	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, mais arrêté	<input type="radio"/> oui toujours en cours ↳ si toujours en cours, le reporter sur la fiche TRT
✓ Xanax®: HMXANAX	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, mais arrêté	<input type="radio"/> oui toujours en cours ↳ si toujours en cours, le reporter sur la fiche TRT
✓ Lysanxia®: HMLYSANXIA	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, mais arrêté	<input type="radio"/> oui toujours en cours ↳ si toujours en cours, le reporter sur la fiche TRT
✓ Seresta®: HMSERESTA	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, mais arrêté	<input type="radio"/> oui toujours en cours ↳ si toujours en cours, le reporter sur la fiche TRT

EXAMENS

EXAM

Latéralité

EXWRITE (A04012_)

- Le participant écrit habituellement avec : la main droite
 la main gauche
 indifféremment l'une ou l'autre
- Le participant tient habituellement sa brosse à dents avec : la main droite
 la main gauche
 indifféremment l'une ou l'autre

EXBRUSH (A04012_)

Acuité auditive

EXORAUD (A01001_)

- Le participant porte-t-il habituellement un appareil de correction auditive : non oui

Examen clinique

ECTESTCD (2.) ECTEST (\$100.) ECORRES (3.) ECORRESU (\$100.)

EXAMC

- Poids : _____ kg Hauteur du genou : _____ cm Circonférence du mollet : _____ cm
- Taille : _____ cm Périmètre crânien : _____ cm Circonférence brachiale : _____ cm
- Circonférence des hanches (à l'endroit le plus large): _____ cm
- Pression artérielle : mesure n°1 : _____ / _____ mm Hg fréquence cardiaque n°1 : _____ b/min
mesure n°2 : _____ / _____ mm Hg fréquence cardiaque n°2 : _____ b/min
mesure n°3 : _____ / _____ mm Hg fréquence cardiaque n°3 : _____ b/min

- Examen clinique : anormal normal EXEXCL (A05002_) EXAM
↳ si anormal, préciser : EXEXAMP (\$100.)

Examen neurologique

EXNEURO (A05002_)

- Examen neurologique : anormal normal
↳ si anormal,
EXPARK (A01001_) syndrome parkinsonien : non oui
↳ si oui, préciser : EXPARKPRES (\$100.)
EXLOCSG (A01001_) signes de localisation : non oui
↳ si oui, préciser : EXLOCSGPRES (\$100.)
EXOTHER (A01001_) autre : non oui
↳ si oui, préciser : EXOTHERP (\$100.)
EXTRBATT
• Tremblements d'attitude : non oui ↳ si oui, de quel côté EXTRBATT (\$100.)
• Tremblements de repos : non oui ↳ si oui, de quel côté EXTRBREPC (\$100.)
EXTRBREP

Données complémentaires

- Prélèvement pour la biobanque : non fait fait EXPBIOB (A01004_)
- Prélèvement biologique standard : non fait fait EXPBIOBSTD (A01004_)

QUESTIONNAIRES STANDARDISES ADDITIONNELS

MO

- + Habitudes de vie**
- + Loisirs et activités quotidiennes**
- + Questionnaire Réseau social**
- + Questionnaire accompagnant**
- + Inventaire Neuropsychiatrique NPI**
- + Difficultés subjectives**
- + Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)**
- + Activités de la vie quotidienne (ADL)**
- + Mini Nutritional Assessment (MNA)**
- + EuroQoI-5D (EQ-5D)**
- + Short Physical Performance Battery (SPPB)**
- + International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)**
- + Examen biologique**
- + IRM cérébrale**

SUIVI M06

DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES**SOCIO**

SUIVI M [][][][]

SOCDAT (\$10.) SOCDAT_D (ddmmyy10.)

Date: [][][][][][][][][]

- Etat civil actuel du participant : **DMCIVIL (A04009_)**
 - ① célibataire
 - ② divorcé(e) / séparé(e), année du divorce/séparation : [][][][][] **DMSEPYR (4.)**
 - ③ veuf(ve) / décès du conjoint(e), année du décès du conjoint : [][][][][] **CONDTHYR (4.)**
 - ④ marié(e) / concubin(e), année du mariage/année du concubinage : [][][][][] **CONDWEDYR (4.)**

- Le participant est-il venu accompagné :
 - ① non ② oui **ACCYN (A01001_)**
 - ↳ si oui, est-il venu avec :

- conjoint/concubin	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	ACCONJ (A01001_)
- enfant	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	ACCENF (A01001_)
- frère/sœur	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	ACCFRA (A01001_)
- autre	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	ACCAUT (A01001_)
 - ↳ si autre, préciser : **ACCAUTLIE (\$100.)**

 - ↳ Si le participant est venu accompagné, s'agit-il de la même personne qu'à la visite précédente :
 - ① non ② oui **ACCMMVISP (A01001_)**

Si le participant n'est pas venu accompagné :

- Une personne contact a-t-elle été identifiée :
 - ① non ② oui **PCYN (A01001_)**
 - ↳ si oui, il s'agit : ① conjoint/concubin **PCCONT (A04025_)**
 - ② enfant
 - ③ frère/soeur
 - ④ autre
 - ↳ si autre, préciser : **PCAUTPRES (\$100.)**

- Un contact téléphonique a-t-il été pris avec cette personne :
 - ① non ② oui **PCCONTEL (A01001_)**
 - ↳ Si un contact téléphonique a été pris, s'agit-il de la même personne qu'à la visite précédente :
 - ① non ② oui **PCTELMMVISP (A01001_)**

- Le(s) accompagnant(s) est/sont-il(s) présent(s) lors de la consultation : ① non ② oui **ACCPRES (A01001_)**

EXAMENS

Examen clinique

EXAMC

- Poids : (kg) mesuré(e) déclaré(e) ECTYPMES (A01008_) ECORRESU (\$100.)
ECORRES (Best8.)
- Pression artérielle : mesure n°1 : / (mm Hg) fréquence cardiaque n°1 : b/min
ECTESTCD (2.)
ECTEST (\$100.) mesure n°2 : / (mm Hg) fréquence cardiaque n°2 : b/min
mesure n°3 : / (mm Hg) fréquence cardiaque n°3 : b/min
- Examen clinique : anormal normal EXEXCL (A05002_)
↳ si anormal, préciser : EXEXAMP (\$100.)

Examen neurologique

EXAM

- Examen neurologique : anormal normal
↳ si anormal, EXNEURO (A05002_)
 - EXPARK (A01001_) syndrome parkinsonien : non oui
↳ si oui, préciser : EXPARKPRES (\$100.)
 - EXLOCSG (A01001_) signes de localisation : non oui
↳ si oui, préciser : EXLOCSGPRES (\$100.)
 - EXOTHER (A01001_) autre : non oui
↳ si oui, préciser : EXOTHERP (\$100.)
- Tremblements d'attitude : non oui
EXTRBATT (A01001_) ↳ si oui, de quel côté : EXTRBATTTC (\$100.)
- Tremblements de repos : non oui
EXTRBREP (A01001_) ↳ si oui, de quel côté : EXTRBREPC (\$100.)

QUESTIONNAIRES STANDARDISES ADDITIONNELS

M06

Au CMRR

- + Synthèse de l'examen médical
- + Stress Rating Response Scale (SRRS)
- + Mini Mental State Evaluation (MMSE)
- + Evaluation des plaintes
- + Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)
- + Activités de la vie quotidienne (ADL)
- + Inventaire Neuropsychiatrique NPI
- + EuroQol-5D (EQ-5D)
- + Echelle Clinical Dementia Rating (CDR)
- + Tests neuropsychologiques (si CDR \geq 1)

Si le participant n'est pas venu au CMRR

- + Suivi par téléphone

SUIVIS

M12, M24,

M36, M48,

M60

DONNEES PROFESSIONNELLES ET SOCIO-ECONOMIQUES**SOCIO**

SUIVI M [][][][]

Date: [][][][][][][][][]

SOCDAT(\$10.) SOCDAT_D (ddmmyyyy10.)

- Situation professionnelle actuelle du participant : **DMSITPRO (A04023_)**

- ① retraité(e)
- ② chômeur ou en recherche d'emploi
- ③ invalide ou en congé de longue maladie
- ④ salarié(e) ou travaillant a son propre compte
- ⑤ homme ou femme au foyer
- ⑥ autre (rentier, bénévole)

- Etat civil actuel du participant : **DMCIVIL (A04009_)**

- ① célibataire
- ② divorcé(e) / séparé(e)
- ③ veuf(ve) / décès du conjoint(e)
- ④ marié(e) / concubin(e)

SOCIO

- Le participant est-il venu accompagné :

- ① non ② oui **ACCYN (A01001_)**

Si le participant est venu accompagné :

- Le participant est-il venu avec :

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| - conjoint/concubin | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | ACCONJ (A01001_) |
| - enfant | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | ACCENF (A01001_) |
| - frère/sœur | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | ACCAUT (A01001_) |
| - autre | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | ACCFRA (A01001_) |

↳ si autre, préciser : **ACCAUTLIE (\$100.)**

- Un des accompagnants était-il présent lors d'une visite précédente :

- ① non ② oui **ACCPAUTVIS (A01001_)**

↳ **si oui**, préciser la visite la plus récente : M [][][][] **ACCVISM (3.)**

- Un des accompagnants a-t-il accepté de répondre à l'autoquestionnaire :

- ① non ② oui **ACCACCREP (A01001_)**

- Au moins un accompagnant est- il présent lors de la consultation :

- ① non ② oui **ACCPRES (A01001_)**

Si le participant n'est pas venu accompagné :

- Une personne contact a-t-elle été identifiée :

non oui **PCYN (A01001_)**

↳ si oui, s'agit-il : conjoint/concubin **PCCONT (A04025_)**

enfant

frère/soeur

autre

↳ si autre, préciser : **PCAUTPRES (\$100.)**

- Un contact téléphonique a-t-il été pris avec cette personne :

non oui **PCCONTEL (A01001_)**

↳ si oui, s'agit-il de la même personne que lors d'une visite précédente :

non oui **PCAUTVIS (A01001_)**

PCVISM (3.)

↳ si oui, préciser la visite la plus récente : M

↳ La personne contactée accepte-t-elle de répondre à l'autoquestionnaire :

non oui **PCACCREP (A01001)**

SOCIO

- En moyenne, quels sont les revenus mensuels du foyer du participant, toutes sources de revenus cumulées : **DMSAL (A04007_)**

400 € à moins de 800 € (de 2 600 Frs à moins de 5 200 Frs)

800 € à moins de 1 200 € (de 5 200 Frs à moins de 7 900 Frs)

1 200 € à moins de 1 800 € (de 7 900 Frs à moins de 11 800 Frs)

1 800 € à moins de 2 500 € (de 11 800 Frs à moins de 16 400 Frs)

2 500 € à moins de 4 000 € (de 16 400 Frs à moins de 26 200 Frs)

4 000 € à moins de 6 000 € (de 26 200 Frs à moins de 39 400 Frs)

6 000 € ou plus (39 400 Frs ou plus)

ne souhaite pas répondre

- Le participant a-t-il une mutuelle complémentaire santé : non oui **(A01001_)**

- Dans quel type de logement vit actuellement le participant :

SOCHAB (A04010_)

- ❶ appartement
- ❷ maison individuelle
- ❸ foyer logement
- ❹ résidence pour personnes âgées (RPA)
- ❺ congrégation religieuse
- ❻ maison de retraite médicalisée
- ❼ autre

↳ si autre, préciser : SOCHABOTH (\$100.)

- Le participant vit seul :

❶ non ❷ oui SOCVITSEUL (A01001_)

SOCIO

↳ si non, avec qui partage-t-il son logement :

- | | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|------------|-----------|
| ✓ conjoint/concubin : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITCONJ | (A01001_) |
| ✓ enfant : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITENF | (A01001_) |
| ✓ frère/sœur : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITFRA | (A01001_) |
| ✓ père/mère : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITPAR | (A01001_) |
| ✓ cohabitation non familiale :
(amis, congrégation) | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITNFAM | (A01001_) |
| ✓ autre : | ❶ <input type="checkbox"/> non | ❷ <input type="checkbox"/> oui | SOCVITAUT | (A01001_) |

↳ si autre, préciser :
SOCVITAUTPRES (\$250.)

- Le participant a-t-il de l'aide à domicile : non oui **SOCAIDHO (A01001_)** **AIDCORRES (A01001_)**
- ↳ **si oui**, de quel type d'aide s'agit-il :
- AIDCAT (\$100.)** ✓ femme de ménage : non oui **AIDTORRES (A01001_)** **AIDFREQU (\$100.)** **AIDFREQ (Best8.)** si oui, nombre d'heures par semaine :
- AIDTYPACD (1.)** ✓ auxiliaire de vie sociale : non oui si oui, nombre d'heures par semaine :
- AIDTYPA (\$100.)** ✓ service de soins infirmiers à domicile : non oui si oui, date de prise en charge : **AIDPECDAT (\$7.)**
- ✓ garde à domicile : non oui si oui : jour nuit les deux **AIDMOMT (A01003_)** MM / AAAA
- ✓ livraison des repas : non oui si oui, nombre de fois par semaine :
- Le participant bénéficie-t-il d'autres types d'aide : non oui **SOCAIDAUT (A01001_)** **AIDCORRES (A01001_)**
- ↳ **si oui**, de quel type d'aide s'agit-il :
- ✓ accueil de jour : non oui si oui, nombre de jours par mois :
- ✓ transport :
- payé par des fonds publics : non oui si oui, nombre de fois par mois :
- payé par le participant : non oui si oui, nombre de fois par mois :
- Le participant bénéficie-t-il de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) : **SOCIO**
- non oui **SOCAPA (A01001_)**
- ↳ **si non**, la demande est-elle en cours : non oui **SOCDEMAPA (A01001_)**
- Le participant bénéficie-t-il de l'ALD (Affection Longue Durée) :
- non oui **SOCALD (A01001_)**
- ↳ **si oui**, motif de l'ALD : **SOCALDMOT (\$250.; MEDDRA)**
SOCALDMOT2 (\$250.; MEDDRA)
- ↳ **si non**, la demande est-elle en cours :
- non oui **SOCDEMALD (A01001_)**
- ↳ **si oui**, motif de l'ALD : **SOCALDMOT (\$250.; MEDDRA)**
SOCALDMOT2 (\$250.; MEDDRA)
- Prise en charge du participant : (Best8.)
- ✓ Le participant est-il suivi par un psychologue : non oui **PECPSYFQ**
PECPSY (A01001_) ↳ si oui, nombre de séances / semaine :
- ✓ Le participant est-il suivi par un kinésithérapeute : non oui **PECKINEFQ**
PECKINE (A01001_) ↳ si oui nombre de séances / semaine :
- ✓ Le participant est-il suivi par un orthophoniste : non oui **PECORTHOFQ**
PECORTHO (A01001_) ↳ si oui nombre de séances / semaine :
- ✓ Le participant est-il suivi par un ergothérapeute : non oui **PECERGOFQ**
PECERGO (A01001_) ↳ si oui nombre de séances / semaine :
- ✓ Le participant est-il suivi par un psychomotricien : non oui **PECPSYCMFQ**
PECPSYCM (A01001_) ↳ si oui nombre de séances / semaine :

EXAM

Pour les femmes :

- Au cours des derniers mois, la participante est-elle devenue ménopausée :
 - non oui NA (participante déjà ménopausée au dernier suivi) EXMENOP (A01001_)
 - ↳ **si oui**, s'agit-il d'une ménopause : EXMENTYP (A05004_)
 - naturelle
 - après ovariectomie
 - due à un autre traitement médical ou chirurgical
 - ↳ préciser : ...EXMENOTH. (\$100.).....
- Traitement hormonal substitutif en cours : non oui ↳ **si oui**, cf TRT
EXTHSONGO (A01001_)

SUIVI OCULAIRE

OCU

- Actuellement, le participant porte-t-il régulièrement des lunettes de vue ou des lentilles oculaires ?
 non oui OCULUNET (A01001_)

- Au cours des derniers mois, le participant a-t-il présenté une(des) maladie(s) oculaire(s) ?
 non oui OCUOCMAL (A01001_)
 - ↳ Si oui, était-ce (précisez également si un œil était concerné ou bien les deux yeux) :
 - ✓ une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) OCUDMLA (A09052_)
 non oui, un oeil oui les deux yeux
 - ✓ un glaucome OCUGLAUC (A09052_)
 non oui, un œil oui les deux yeux
 - ✓ Une opération de la cataracte OCUOPCAT (A09052_)
 non oui NA (participant déjà opéré au dernier suivi)
 ↳ si oui, un oeil les deux yeux OCUOPCATO (A09053_)
 - ✓ une autre(s) maladie(s) oculaire(s)
 non oui OCUMOCAUT (A01001_) (A09053_)
 ↳ si oui, préciser OCUOCAUTP1(\$250. ; MEDDRA)
 un oeil les deux yeux OCUMOCAUT01
 - ↳ si oui, préciser OCUOCAUTP2(\$250. ; MEDDRA)
 un oeil les deux yeux OCUMOCAUT02
 - ↳ si oui, préciser OCUOCAUTP3(\$250. ; MEDDRA)
 un oeil les deux yeux OCUMOCAUT03

↳ Si oui à l'un des items ci-dessus, merci de le reporter sur la fiche EI

- Au cours des derniers mois, le participant a-t-il été traité par l'injection dans l'œil de l'un des produits suivants : Visudyne[®], Lucentis[®], Macugen[®], Avastin[®] ?
 non oui OCUDMLAT (A01001_)

↳ Si oui, précisez le ou les traitement(s) utilisé(s) dans la fiche TRT

QUESTIONNAIRES STANDARDISES ADDITIONNELS

M12, M24, M36, M48, M60

- + Habitudes de vie**
- + Loisirs et activités quotidiennes**
- + Questionnaire Réseau social**
- + Questionnaire accompagnant**
- + Synthèse de l'examen médical**
- + Mini Mental State Evaluation (MMSE)**
- + Evaluation des plaintes**
- + Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)**
- + Activités de la vie quotidienne (ADL)**
- + Inventaire Neuropsychiatrique NPI**
- + Difficultés subjectives**
- + Mini Nutritional Assessment (MNA)**
- + EuroQol-5D (EQ-5D)**
- + Short Physical Performance Battery (SPPB)**
- + International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)**
- + Stress Rating Response Scale (SRRS)**
- + Clinical Dementia Rating (CDR)**
- + Tests neuropsychologiques**
- + Examen biologique**
- + LEIPAD**
- + Maladie à corps de Lewy**
- + IRM cérébrale (M24 et M48)**

SUIVIS

M18, M30,

M42, M54

DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

SOCIO

SUIVI M [][][][]

Date: [][][][][][][][][]

SOCDAT (\$10.) SOCDAT_D (ddmmyyyy10.)

- Etat civil actuel du participant : **DMCIVIL (A04009)**

- ① célibataire
- ② divorcé(e) / séparé(e)
- ③ veuf(ve) / décès du conjoint(e)
- ④ marié(e) / concubin(e)

- Le participant est-il venu accompagné :

- ① non ② oui **ACCYN (A01001)**

Si le participant est venu accompagné :

- Le participant est-il venu avec :

- conjoint/concubin ① non ② oui **ACCONJ (A01001_)**
- enfant ① non ② oui **ACCENF (A01001_)**
- frère/sœur ① non ② oui **ACCAUT (A01001_)**
- autre ① non ② oui **ACCFRA (A01001_)**

↳ si autre, préciser : **ACCAUTLIE (\$100.)**

- Un des accompagnants était-il présent lors d'une visite précédente :

- ① non ② oui **ACCPAUTVIS (A01001_)**

↳ si oui, préciser la visite la plus récente : M [][][][] **ACCVISM (3.)**

- Au moins un accompagnant est-il présent lors de la consultation :

- ① non ② oui **ACCPRES (A01001)**

Si le participant n'est pas venu accompagné :

- Une personne contact a-t-elle été identifiée :

- ① non ② oui **PCYN (A01001_)**

↳ si oui, il s'agit : ① conjoint/concubin **PCCONT (A04025_)**

- ② enfant
- ③ frère/sœur
- ④ autre

↳ si autre, préciser : **PCAUTPRES (\$100.)**

- Un contact téléphonique a-t-il été pris avec cette personne :

- ① non ② oui **PCCONTEL (A01001_)**

↳ Si un contact téléphonique a été pris, s'agit-il de la même personne que lors d'une visite précédente :

- ① non ② oui **PCAUTVIS (A01001_)**

↳ si oui, préciser la visite la plus récente : M [][][][] **PCVISM (3.)**

- Dans quel type de logement vit actuellement le participant : **SOCHAB (A04010)**

- 1 appartement
- 2 maison individuelle
- 3 foyer logement
- 4 résidence pour personnes âgées (RPA)
- 5 congrégation religieuse
- 6 maison de retraite médicalisée
- 7 autre

↳ si autre, préciser : **SOCHABOTH (\$100.)**

- Le participant vit seul :

- 0 non 1 oui **SOCVITSEUL (A01001)**

↳ si non, avec qui partage-t-il son logement :

- ✓ conjoint/concubin : 0 non 1 oui **SOCVITCONJ (A01001)**
- ✓ enfant : 0 non 1 oui **SOCVITENF (A01001_)**
- ✓ frère/sœur : 0 non 1 oui **SOCVITFRA (A01001)**
- ✓ père/mère : 0 non 1 oui **SOCVITPAR (A01001)**
- ✓ cohabitation non familiale : 0 non 1 oui **SOCVITNFAM (A01001)**
(amis, congrégation)
- ✓ autre : 0 non 1 oui **SOCVITAUT (A01001)**

↳ si autre, préciser : **SOCVITAUTPRES (\$250.)**

AIDCAT (\$100.)

SOCAIDHO

AIDCORRES

AIDE

- Le participant a-t-il de l'aide à domicile : 0 non 1 oui **(A01001)** **(A01001)**

↳ si oui, de quel type d'aide s'agit-il : **AIDTORRES (A01001_)** **AIDFREQU (\$100.)** **AIDFREQ (Best8.)**

- ✓ femme de ménage : 0 non 1 oui si oui, nombre d'heures par semaine :

- ✓ auxiliaire de vie sociale : 0 non 1 oui si oui, nombre d'heures par semaine :

- ✓ service de soins infirmiers à domicile : 0 non 1 oui si oui, date de prise en charge :

MM / AAAA

- ✓ garde à domicile : 0 non 1 oui si oui : 1 jour 2 nuit 3 les deux

- ✓ livraison des repas : 0 non 1 oui si oui, nombre de fois par semaine :

SOCAIDAUT (A01001)

AIDCORRES (A01001)

- Le participant bénéficie-t-il d'autres types d'aide : 0 non 1 oui

↳ si oui, de quel type d'aide s'agit-il : **AIDFREQU (\$100.)** **AIDFREQ (Best8.)**

- ✓ accueil de jour : 0 non 1 oui si oui, nombre de jours par mois :

AIDTORRES (A01001)

- ✓ transport :

- payé par des fonds publics 0 non 1 oui si oui, nombre de fois par mois :

- payé par le participant 0 non 1 oui si oui, nombre de fois par mois :

EXAMENS

Examen clinique

ECTESTCD (2.)

ECTEST
(\$100.)ECORRES
(3.)ECORRESU
(\$100.)

EXAMC

- Poids : (kg) mesuré(e) déclaré(e) ECTYPMES (A01008.)
- Pression artérielle : mesure n°1 : / (mm Hg) fréquence cardiaque n°1 : b/min
mesure n°2 : / (mm Hg) fréquence cardiaque n°2 : b/min
mesure n°3 : / (mm Hg) fréquence cardiaque n°3 : b/min
- Examen clinique : anormal normal EXEXCL (A05002_)
↳ si anormal, préciser : EXEXAMP (\$100.)

Examen neurologique

- Examen neurologique : anormal normal EXNEURO (A05002_)
↳ si anormal,
EXPARK (A01001_) syndrome parkinsonien : non oui
↳ si oui, préciser : EXPARKPRES (\$100.)
EXLOCSG (A01001_) signes de localisation : non oui
↳ si oui, préciser : EXLOCSGPRES (\$100.)
EXOTHER (A01001_) autre : non oui
↳ si oui, préciser : EXOTHERP (\$100.)
- Tremblements d'attitude : non oui EXTRBATT (A01001_)
↳ si oui, de quel côté : EXTRBATTTC (\$100.)
- Tremblements de repos : non oui EXTRBREP (A01001_)
↳ si oui, de quel côté : EXTRBREPC (\$100.)

QUESTIONNAIRES STANDARDISES ADDITIONNELS M18, M30, M42, M54

Au CMRR

- + Synthèse de l'examen médical
- + Mini Mental State Evaluation (MMSE)
- + Evaluation des plaintes
- + Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)
- + Activités de la vie quotidienne (ADL)
- + Inventaire Neuropsychiatrique NPI
- + EuroQol-5D (EQ-5D)
- + Stress Rating Response Scale (SRRS)
- + Clinical Dementia Rating (CDR)
- + Tests neuropsychologiques (si CDR \geq 1)

Si le participant n'est pas venu au CMRR

- + Suivi par téléphone

RECUEIL CONTINU

TRAITEMENTS

CMNUMP (2.)

Page

CM

CMSPID (2.)

N°	Médicament		Posologie quotidienne		Date de début	Date de fin	Indication	Source du recueil CMSOURCE (A05005_)
	Nom commercial	Formulation	Dose	Unité (g, mg...)				
1	CMTRT (\$254.;WHODRUG)	<input type="checkbox"/> 1 gélule <input type="checkbox"/> 2 comprimé <input type="checkbox"/> 3 sachet <input type="checkbox"/> 4 sirop <input type="checkbox"/> 5 gouttes <input type="checkbox"/> 6 injectable <input type="checkbox"/> 7 autres	CMDOSTXT _____, __ (best8.)	CMDOSU (\$50.)	CMSTDAT (\$10.) _____ _____ _____	CMENDAT(\$10.) _____ _____	CMENDAT_D (ddmmyy10.) _____ _____	<input type="checkbox"/> 1 ordonnance du participant <input type="checkbox"/> 2 courrier médecin traitant <input type="checkbox"/> 3 liste manuscrite du participant <input type="checkbox"/> 4 rapporté par le participant <input type="checkbox"/> 5 rapporté par l'informant <input type="checkbox"/> 6 autre
2		<input type="checkbox"/> 1 gélule <input type="checkbox"/> 2 comprimé <input type="checkbox"/> 3 sachet <input type="checkbox"/> 4 sirop <input type="checkbox"/> 5 gouttes <input type="checkbox"/> 6 injectable <input type="checkbox"/> 7 autres	_____, __		_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> 1 en cours CMONGO (A01001_)	<input type="checkbox"/> 1 ordonnance du participant <input type="checkbox"/> 2 courrier médecin traitant <input type="checkbox"/> 3 liste manuscrite du participant <input type="checkbox"/> 4 rapporté par le participant <input type="checkbox"/> 5 rapporté par l'informant <input type="checkbox"/> 6 autre
3		<input type="checkbox"/> 1 gélule <input type="checkbox"/> 2 comprimé <input type="checkbox"/> 3 sachet <input type="checkbox"/> 4 sirop <input type="checkbox"/> 5 gouttes <input type="checkbox"/> 6 injectable <input type="checkbox"/> 7 autres	_____, __		_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> 1 en cours	<input type="checkbox"/> 1 ordonnance du participant <input type="checkbox"/> 2 courrier médecin traitant <input type="checkbox"/> 3 liste manuscrite du participant <input type="checkbox"/> 4 rapporté par le participant <input type="checkbox"/> 5 rapporté par l'informant <input type="checkbox"/> 6 autre

CMDOSFRM
(A07010_)

AEPAGE (2.)

EVENEMENTS INDESIRABLES

Événement Indésirable N° AESPID (2.)

Libellé de l'événement indésirable (un diagnostic (si identifié), un syndrome, un symptôme unique ou plusieurs symptômes liés entre eux ou type d'intervention chirurgicale) :

AETERM (\$254. ; MEDDRA)

Début de l'événement indésirable : AESTDAT (\$10.) AESTDAT_D (ddmmyy10.)

Intensité : ① légère ② modérée ③ sévère ④ menace vitale AESEV (A07001_)

L'événement est-il grave ? (Cf. définition du protocole) ① non ② oui AESER (A01001_)

Si oui, compléter la fiche EIG

L'événement est-il susceptible d'être lié à la recherche : ① non ② oui AELRECH (A01001_)

Un traitement a-t-il été prescrit ① non ② oui AEPRTTRT (A01001_)

Si oui, compléter la fiche TRT (Traitements)

Date de fin de l'événement indésirable :

AEENDAT (\$10.) AEENDAT_D (ddmmyy10.)

DECES

Date du décès :

DC

DCDAT (\$10.) DCDAT_D (ddmmvy10.)

Cause(s) immédiate(s) du décès : DCCAUSIM (\$254. ; MEDDRA)

.....
.....
.....

Pathologies ayant contribué au décès : DCPATHO1 (\$254. ; MEDDRA)

..... DCPATHO2 (\$254. ; MEDDRA)
.....
..... DCPATHO3 (\$254. ; MEDDRA)
.....
..... DCPATHO4 (\$254. ; MEDDRA)
.....

Cause initiale de décès (maladie ou traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou circonstances de l'accident ayant entraîné le décès) :

..... DCCAUSIN (\$254. ; MEDDRA)
.....
.....
.....

En conclusion, le décès vous semble lié à (traitement, événement clinique) :

..... DCLCONCL (\$254.)
.....
.....

QUESTIONNAIRES STANDARDISES

SYNTHESE DE L'EXAMEN MEDICAL

Suivis :

M06, M12, M18, M24, M30, M36, M42, M48, M54, M60

SYNTHESE DE L'EXAMEN MEDICAL**SYNTH**

SUIVI M [][][][]

SYVISDAT (\$10.) SYVISDAT D (ddmmyy10.)
Date de la visite : [][][][][][][][][][]Diagnostic cognitif du médecin (critères DSM-IV-TR) : pas de démence démence
SYSDIAGCOG (A09057_)**Si participant dément à cette visite ou si étiologie de la démence modifiée,
compléter la fiche suivante**

↳ Si démence, préciser le type :

(A01001_)

- | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|-----------|
| ✓ Maladie d'Alzheimer (critères NINCDS-ADRDA) | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | SYALZ |
| ✓ Démence vasculaire | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | SYDEMVASC |
| ✓ Démence mixte | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | SYDEMMIXT |
| ✓ Démence fronto-temporale | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | SYDEMFRT |
| ✓ Démence due à maladie de Parkinson | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | SYDEMPARK |
| ✓ Démence à corps de Lewy | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | SYDEMLEWY |
| ✓ Autre type de démence | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | SYDEMOTH |
| ↳ si oui, Précisez SYDEMOTHPREC (\$100. ; MEDDRA) | | | |
| ✓ Démence impossible à classer (démence sans précision) | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | SYDEMNCL |

**Compléter le score de Hachinski modifié, l'échelle de disfonctionnement frontal Lebert et Pasquier et les critères de McKeith.**

Score de Hachinski modifié

SUIVI M

SCHAC

Score de Hachinski modifié

Pour chaque item, noter si présent ou absent

(A01005_)

✓ Début brutal	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHDEBBR
✓ Détérioration par paliers	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHDETPAL
✓ Evolution fluctuante	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHEVFLU
✓ Confusion nocturne	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHCONFN
✓ Préservation relative de la personnalité	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHPRPERS
✓ Dépression	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHDEPRES
✓ Plaintes somatiques	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHPLSOMAT
✓ Labilité émotionnelle	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHLABEMO
✓ Hypertension artérielle	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHHYPART
✓ Antécédents d'AVC	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHATCDAVC
✓ Symptôme neurologique focal	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHSYMPNF
✓ Signe neurologique focal	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHSIGNNF
✓ Signe d'artériosclérose	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> absent	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> présent	SCHSIGNARTSC

Echelle de dysfonctionnement frontal de Lebert et Pasquier

SUIVI M

Noter oui si au moins 1 symptôme est présent dans la catégorie.

ELP

Troubles du self-control :

- hyperphagie
- désinhibition verbale
- irritabilité, colère
- conduites alcooliques
- désinhibition comportementale
- troubles du contrôle des émotions : pleurs, rires

non oui

ELPTRSC (A01001_)

Négligence physique portant sur :

- l'hygiène corporelle
- les cheveux (coupe, propreté)
- les vêtements (harmonie, propreté, indifférence aux tâches)

non oui

ELPNEGLPH (A01001_)

Trouble de l'humeur :

- tristesse apparente
- hyperémotivité
- indifférence affective
- exaltation

non oui

ELPTRHUM (A01001_)

Manifestation d'une baisse d'intérêt

- assoupissement diurne
- désintérêt social
- apathie
- persévération idéique

non oui

ELPBAISINT (A01001_)

Critères de McKeith

SUIVI M

MCK

(A01001_)

- | | |
|---|---|
| ✓ Déclin cognitif progressif suffisamment important pour interférer avec un fonctionnement social ou occupationnel normal | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKDECLCOG |
| ✓ Atteinte cognitive fluctuante avec variations prononcées de l'attention et de la vigilance | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKATTCOGF |
| ✓ Hallucinations visuelles récurrentes, qui sont typiquement bien formées et détaillées | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKHALVISR |
| ✓ Signes moteurs spontanés de Parkinsonisme | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKSIMOTP |
| ✓ Chutes répétées | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKCHUTR |
| ✓ Syncopes | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKSYNCOF |
| ✓ Pertes de connaissance transitoires | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKPERTCOT |
| ✓ Sensibilité aux neuroleptiques | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKSENSNRL |
| ✓ Illusions systématisées | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKILLSYST |
| ✓ Hallucinations d'autre type | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKHALLAUT |
| ✓ Maladie cérébrovasculaire évidente comme des signes neurologiques focaux ou l'imagerie cérébrale. | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKMALCBV |
| ✓ Preuve à l'examen clinique ou aux examens complémentaires d'une maladie physique ou d'autres troubles cérébraux suffisant pour rendre compte du tableau clinique. | <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui
MKPREEXAM |

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Suivis :

Pré-inclusion, M06, M12, M18, M24, M30, M36, M42,
M48, M54, M60

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MMSE

MMSDAT (\$10.) MMSDAT_D (ddmmyy10.)

Suivi M Date : **Orientation dans le temps**MMSORTMP (1.) Score : /5Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

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

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Orientation dans l'espace (1 point par réponse juste)MMSORSPL (1.) Score : /5

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage (1 point par mot répété correctement)MMSAPPRT (1.) Score : /3

Répéter les 3 mots.

11. Citron
12. Clé
13. Ballon

Attention et calcul (1 point par soustraction exacte)MMSATTC (1.) Score : /5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Rappel (1 point par mot rappelé)MMSRAPP (1.) Score : /3

11. Citron
12. Clé
13. Ballon

LangageMMSLANG (1.) Score : /8

22. Montrer un crayon. *Quel est le nom de cet objet ?*
23. Montrer votre montre. *Quel est le nom de cet objet ?*
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »
28. « Faites ce qui est écrit ».
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »
30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Praxies constructivesMMSPRAXC (1.) Score : /1Score total /30

MMSCTOT (2.)

TESTS NEUROPSYCHOLOGIQUES

Suivis :

Pré-inclusion, M12, M24, M36, M48, M60

+ si CDR \geq 1

M06, M18, M30, M42, M54

Pour les participants déments, les tests neuropsychologiques sont réalisés à la discrétion de l'investigateur s'ils sont considérés cliniquement pertinents

TNP

TESTS NEUROPSYCHOLOGIQUES

Durée: h min TNPTMPS (\$5.) TNPTMPS_T (\$time5.)

↵ **DMS-48** DMS

Date: DMSDAT (\$10.) DMSDAT_D (ddmmyy10.)

Durée de la phase d'acquisition: secondes FLUACDUR (3.)

- Rappel immédiat
Temps : secondes DMSIMTPS (3.)
Bonnes réponses : / 48 DMSIMSC (2.)
- Rappel différé (1h)
Temps : secondes DMSDIFTPS (3.)
Bonnes réponses : / 48 DMSDIFSC (2.)

↵ **FLUENCES VERBALES: Lettre P, 2 min** FLU

FLUTYP (\$100.)

Date: FLUDAT (\$10.) FLUDAT_D (ddmmyy10.)

Nombre de mots produits: FLUMOTS (2.)

Nombre de répétitions: FLUNBREP (2.)

Nombre d'intrusions: FLUNBINTR (2.)

Score final: FLUSCF (2.)

↵ **RL / RI 16**

Date: RIMDDAT (\$10.) RIMDDAT_D (ddmmyy10.)

Liste de mots: Initiale Alternative RIMDLIST (A09054_)

- Rappel immédiat

RIMDRAPCAT (\$100.)

	Rappel 1		Rappel 2		Rappel 3	
	Rappel libre 1	Rappel indicé 1	Rappel libre 2	Rappel indicé 2	Rappel libre 3	Rappel indicé 3
Correct	RIMDREPOK (2.) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total (RL+RI)	RISCTOTM1 (2.) <input type="text"/>		RISCTOTM2 (2.) <input type="text"/>		RISCTOTM3 (2.) <input type="text"/>	
Faux	RIMDFAUX (2.) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doubles	RIMDDBL (2.) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RLRI_SC

Total rappels libres : RL1+RL2+RL3 : / 48 RISCTOTRL (2.)

Total scores totaux : (RL1+RI1 + RL2+RI2 + RL3+RI3) : / 48

RISCTOTIM (2.)

RLRI_SC

- Reconnaissance

Correct: / 16 RISCRECCORR (2.)

Distracteurs sémantiques: / 16 (pré-inclusion uniquement) RIDISSEM (2.)

Distracteurs neutres: / 16 RIDISNEU (2.)

RIMDTEST (\$100.)

- Rappel différé (20 min) RLRI_IMD

RIMDRAPCAT (\$100.)

	Rappel différé	
	Rappel libre	Rappel indicé
Correct	RIMDREPOK (2.) <input type="text"/>	<input type="text"/>
Total (RL+RI)	<input type="text"/> RISCTOTD (2.)	
Faux	RIMDFAUX (2.) <input type="text"/>	<input type="text"/>
Doubles	RIMDDBL (2.) <input type="text"/>	<input type="text"/>

RLRI_SC

↵ **PRAXIES** **PRAX**
 Date: PRAXDAT (\$10.) PRAXDAT_D (ddmmyy10.)
 Gestes symboliques: / 5 PRAXSYMB (1.)
 Mimes d'action: / 10 PRAXMIMA (2.)
 Gestes abstraits: / 8 PRAXABS (1.)

↵ **TRAIL MAKING TEST** **TMT**
 Date: TMTDAT (\$10.) TMTDAT_D (ddmmyy10.)

- TMT A

TMTTEST (\$100.)	Temps: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> secondes	TMTTMPS (3.)
	Bons déplacements : <input type="text"/> <input type="text"/>	TMTBDEP (2.)
	Erreurs corrigées : <input type="text"/> <input type="text"/>	TMTERAUTC (2.)
	Erreurs non corrigées : <input type="text"/> <input type="text"/>	TMTERNONC (2.)
- TMT B

	Temps: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> secondes	TMTTMPS (3.)
	Bons déplacements : <input type="text"/> <input type="text"/>	TMTBDEP (2.)
	Erreurs corrigées : <input type="text"/> <input type="text"/>	TMTERAUTC (2.)
	Erreurs non corrigées : <input type="text"/> <input type="text"/>	TMTERNONC (2.)
	Erreurs persévératives : <input type="text"/> <input type="text"/>	TMTERPERS (2.)

EMCAT **EMPAN NUMERIQUE** **EMP**
 (\$100.) Date: EMDAT (\$10.) EMDAT_D (ddmmyy10.)
 Ordre direct: bonnes réponses: / 16 EMSCTOT (2.)
 Ordre indirect: bonnes réponses: / 14 EMSCTOT (2.)
 Total direct + indirect: / 30 EMSOMSCDI (2.)
 Note standard: / 20 EMNSTD (2.)

EMCAT **EMPAN VISUO-SPATIAL (optionel)** **EMP**
 (\$100.) Date: EMDAT (\$10.) EMDAT_D (ddmmyy10.)
 Ordre direct: bonnes réponses: / 16 EMSCTOT (2.)
 Ordre indirect: bonnes réponses: / 14 EMSCTOT (2.)
 Total direct + indirect: / 30 EMSOMSCDI (2.)
 Note standard: / 20 EMNSTD (2.)

↵ **FIGURE DE REY** **REY**
 Date: REYDAT (\$10.) REYDAT_D (ddmmyy10.)

- Copie:

Temps: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> secondes	REYCOPTMS (3.)
Score : <input type="text"/> <input type="text"/> /36	REYCOPSC (best8.)
- 3 min

Temps: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> secondes	REYMEM3TPS (3.)
Score : <input type="text"/> <input type="text"/> /36	REYMEM3SC (Best 8.)
- 30 min (optionel)

Temps: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> secondes	REYMEM30TPS (3.)
Score : <input type="text"/> <input type="text"/> /36	REYMEM30SC (Best 8.)

↵ **BATTERIE RAPIDE D'EFFICIENCE FRONTALE** **BREF**
 Date: BRDAT (\$10.) BRDAT_D (ddmmyy10.)
 Similitudes: /3 BRSIMIL (A09035_)
 Fluence littérale: /3 BRFULLITT (A09035_)
 Séries motrices: /3 BRSMOTR (A09035_)
 Consignes contradictoires: /3 BRCONTR (A09035_)
 Go–No Go: /3 BRGONGO (A09035_)
 Comportement de préhension: /3 BRCPREH (A09035_)
 Score total: / 18
 BRSTOT (2.)

☞ **FLUENCES VERBALES: Animaux, 2 min**

FLU

FLUTYP
(\$100.)

Date: **FLUDAT (\$10.)** **FLUDAT_D (ddmmyy10.)**
Nombre de mots produits: **FLUMOTS (2.)**
Nombre de répétitions: **FLUNBREP (2.)**
Nombre d'intrusions: **FLUNBINTR (2.)**
Score final: **FLUSCF (2.)**

☞ **DO 80**

DO

Date: **DODAT (\$10.)** **DODAT_D (ddmmyy10.)**
Temps: secondes **DOTMPS (3.)**
Score total: / 80 **DOSCORD (2.)**

CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE

Suivis :

Pré-inclusion, M06, M12, M18, M24, M30, M36, M42,
M48, M54, M60

Clinical Dementia Rating Scale

CDR

SUIVI M Date :

CDRDAT (\$10.) CDRDAT_D (ddmmyy10.)

Evaluation clinique de la démence (CDR)	(A09026)	0	0,5	1	2	3
Mémoire CDRMEM		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation CDRORIENT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement / Résolution de problèmes CDRRPROB		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités sociales CDRACTSO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicile et loisirs CDRDOMLOI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins personnels CDRCHAR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score total

 , CDRSCR (best8.)Calcul sur <http://www.biostat.wustl.edu/~adrc/cdrpgm/index.html>.

- La CDR a été complétée :
 - sans la présence d'un accompagnant
 - en présence d'un accompagnant
 - après contact téléphonique avec un informant

EVALUATION DES PLAINTES

Suivis :

Pré-inclusion, M06, M12, M18, M24, M30, M36, M42,
M48, M54, M60

SUBJECTIVE COMPLAINT ASSESSMENT

EAV

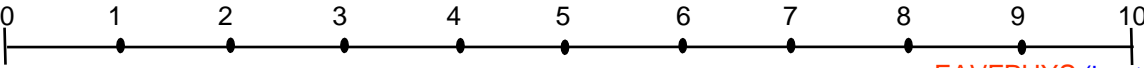
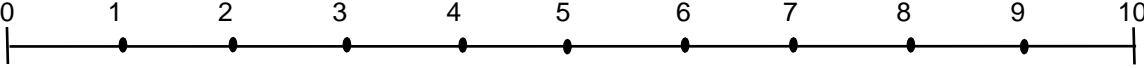
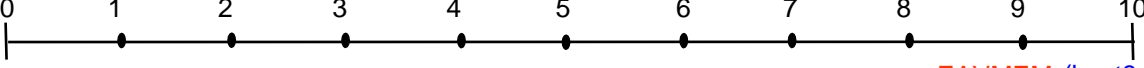
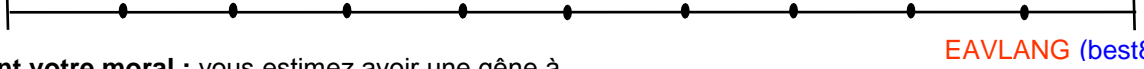
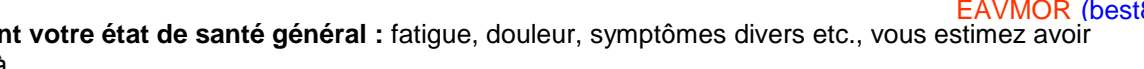
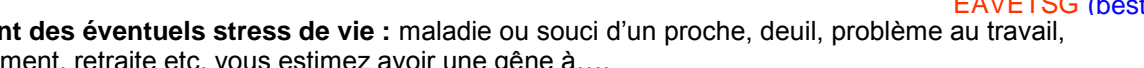
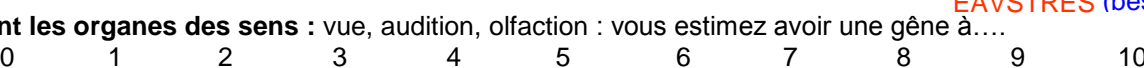

SUIVI M Date :

EAVDAT (\$10.) EAVDAT_D (ddmmyy10.)

Il s'agit d'évaluer de 0 à 10 la gêne/les difficultés que vous pouvez ressentir en ce moment dans un certain nombre de domaines en mettant une croix sur la ligne de 0 à 10 à la note qui vous convient.

0 correspond au sentiment de ne ressentir aucune gêne.

10 correspond au sentiment de ressentir un niveau de gêne maximum.

1. **Concernant votre forme physique** : marche, équilibre etc., vous estimez avoir une gêne à...

 EAVFPHYS (best8.)
2. **Concernant votre attention** : la capacité à vous concentrer longtemps, à faire deux choses à la fois, à ne pas oublier ce que vous vouliez faire/dire si on vous dérange etc. vous estimez avoir une gêne à...

 EAVATT (best8.)
3. **Concernant votre mémoire** : apprendre de nouvelles choses, vous rappeler d'évènements récents etc., vous estimez avoir une gêne à...

 EAVMEM (best8.)
4. **Concernant votre langage** : pour trouver les mots, écrire, lire etc., vous estimez avoir une gêne à...

 EAVLANG (best8.)
5. **Concernant votre moral** : vous estimez avoir une gêne à...

 EAVMOR (best8.)
6. **Concernant votre état de santé général** : fatigue, douleur, symptômes divers etc., vous estimez avoir une gêne à...

 EAVETSG (best8.)
7. **Concernant des éventuels stress de vie** : maladie ou souci d'un proche, deuil, problème au travail, déménagement, retraite etc. vous estimez avoir une gêne à...

 EAVSTRES (best8.)
8. **Concernant les organes des sens** : vue, audition, olfaction : vous estimez avoir une gêne à...

 EAVORGSEN (best8.)

HABITUDES DE VIE

Suivis :

M0, M12, M24, M36, M48, M60

LOISIRS ET ACTIVITES QUOTIDIENNES

Suivis :

M0, M12, M24, M36, M48, M60

LOISIRS ET ACTIVITES QUOTIDIENNES

LOI

Date de la visite:

LOIDAT (\$10.) LOIDAT_D (ddmmyy10.)

Au cours des 12 derniers mois, le participant a-t-il pratiqué une des activités de détente et de loisirs suivantes

LOIFREQ (A08019_)

LOITESTCD (2.)

LOITEST (\$100.)

Activities	0 Jamais	1 Une fois par an	2 Plusieus fois par an	3 Tous les mois	4 Au moins une fois par semaine	5 Presque tous les jours
- Lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ecouter de la musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aller au cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aller au spectacle (théâtre, concert...), visiter une exposition, un musée, un monument historique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Utiliser un ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire du sport, pratiquer une activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire de la marche, des randonnées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire des voyages, du tourisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire de la musique, de la peinture ou une autre activité artistique (danse, théâtre, écriture, photo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire une collection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avoir une activité bénévole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Effectuer des travaux de mécanique, de bricolage, de décoration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire du jardinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire du tricot, de la broderie, de la couture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire la cuisine « pour le plaisir »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aller à la pêche ou à la chasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sortir seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Par ailleurs, au cours des 12 derniers mois le participant a-t-il réduit :

HV

- ✓ ses activités sociales : 0 non 1 oui LOIREDSOC (A01001_)
- ✓ ses activités de loisirs habituelles : 0 non 1 oui LOIREDHOB (A01001_)
- ✓ ses déplacements : 0 non 1 oui LOIREDEP (A01001_)

QUESTIONNAIRE RESEAU SOCIAL

Suivis :

M0, M12, M24, M36, M48, M60

QUESTIONNAIRE RESEAU SOCIAL**RSO**Date de la visite:

RSODAT (\$10.) RSODAT_D (ddmmyy10.)

- Le participant est-il en général satisfait de sa vie actuelle :

- pas du tout satisfait RSOVIESA (A06004_)
- peu satisfait
- moyennement satisfait
- plutôt satisfait
- tout à fait satisfait

- Le participant a-t-il assez de liberté pour diriger sa vie comme il le souhaite : RSOLIB (A06005_)

- pas assez de liberté
- suffisamment de liberté
- trop de liberté

Entourage du participant : personnes qui sont importantes pour lui actuellement. Concerne seulement les adultes, c'est-à-dire les personnes qui ont au moins 18 ans

- Combien de personnes environ le participant a-t-il dans son entourage ?

- 0
- 1 à 3
- 4 à 7
- 8 ou plus RSONBENT (A06006_)

Si au moins une personne dans l'entourage du participant :

- Les personnes de l'entourage du participant sont-elles : RSOENTOUR (A06007_)

- toutes des membres de la famille
- plutôt des membres de la famille et un peu d'amis
- autant d'amis que des membres de la famille
- plus d'amis que de membres de la famille
- toutes des amis

- Le participant est-il satisfait de ses relations avec les personnes de son entourage :

- pas du tout satisfait RSORELSA (A06004_)
- peu satisfait
- moyennement satisfait
- plutôt satisfait
- tout à fait satisfait

AUTO-QUESTIONNAIRE ACCOMPAGNANT

Suivis :

M0, M12, M24, M36, M48, M60

NOTE D'INFORMATION D'ACCOMPAGNANT

Version 2.0 du 06/02/2013

Madame, Monsieur,

La personne que vous accompagnez aujourd'hui a accepté de faire partie d'un programme de recherche national, l'étude MEMENTO, qui, à terme, constituera une cohorte de 2300 participants.

Le but de l'étude est de mieux comprendre l'origine et les conséquences des troubles de la mémoire, du langage, ou de l'attention. La personne que vous accompagnez va, comme dans une consultation habituelle, passer une série d'examens, et de tests pour évaluer son état de santé général et psychologique. Des données sur son mode de vie, ses caractéristiques socio-économiques vont également être collectées. Aujourd'hui ou dans quelques jours, la personne que vous accompagnez aura un examen par Imagerie par Résonance Magnétique du cerveau et une prise de sang, conformément à la prise en charge standard. Cette personne se verra proposer de revenir environ deux fois par an à la consultation pendant 5 ans et lors de chacune des visites, de nouveaux examens et tests seront réalisés.

Un objectif important de la cohorte MEMENTO est de mieux comprendre les interactions entre les participants et leur entourage. C'est pourquoi nous vous proposons de remplir le questionnaire ci-joint qui va nous permettre de caractériser votre lien avec la personne que vous accompagnez, participant à MEMENTO. Selon vos réponses, nous vous proposerons de recueillir des informations complémentaires sur votre état de santé au moyen d'échelles validées.

Lors de prochaines consultations, si vous êtes à nouveau présent(e), nous vous solliciterons pour mettre à jour ces informations, et de nouvelles questions vous seront posées si vous en êtes d'accord.

Les données vous concernant comme celles concernant la personne que vous accompagnez, seront informatisées et rendues anonymes conformément à la loi Informatique et Libertés (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Les destinataires des données sont le promoteur de la recherche (le CHU de Bordeaux) ou des personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au CHU de Bordeaux 12, rue Dubernat – 33404 Talence Cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser au médecin qui s'occupe de la personne que vous accompagnez, toutes les questions que vous désirez.

L'équipe de coordination de la cohorte MEMENTO vous remercie pour votre participation.

AUTO QUESTIONNAIRE ACCOMPAGNANT

ACC

Date de la visite:

ACCDAT (\$10.) ACCDAT_D (ddmmyy10.)

- ✓ L'accompagnant a répondu à ce questionnaire avec de l'aide d'un personnel du CMRR :
 non oui ACCREPAID (A01001_)
- ✓ L'accompagnant a répondu à ce questionnaire par téléphone :
 non oui ACCRETREL (A01001_)

1. Caractéristiques de l'accompagnant

- Vous êtes : un homme une femme ACCSEX (A04014_)
- Quelle est votre année de naissance : ACCBIRYR (4.)
- Quel est votre statut matrimonial : ACCSTMA (A04009_)
 - célibataire
 - divorcé(e) ou séparé(e)
 - veuf (ve)
 - marié(e) ou concubin(e)
- Quel est votre niveau d'études : ACCSTD (A04003_)
 - pas de scolarisation
 - scolarité en école primaire (certificat d'étude)
 - secondaire premier cycle (collège - CAP – brevet)
 - secondaire deuxième cycle (BEP - lycée – baccalauréat)
 - études supérieures
- Exercez-vous une activité professionnelle : non oui ACCACPRO (A01001_)

2. Lien de l'accompagnant avec le consultant

- Quel est votre lien avec la personne que vous accompagnez en consultation: ACCLIEN (A04020_)
 - vous êtes son conjoint (sa conjointe)
 - vous êtes son fils (sa fille)
 - vous êtes un autre membre de la famille
 ↪ Précisez le lien de parenté :..... ACCLPAR (\$250.)
 - vous êtes un ami (une amie)
 - vous êtes un voisin (une voisine)
 - vous êtes un aidant professionnel (infirmier(ère), aide-soignant(e),....)
 ↪ Précisez :..... ACCAIDPRO (\$250.)
 - vous n'êtes dans aucune des catégories ci-dessus
 ↪ Précisez :..... ACCAUT (\$250.)

ACC

- Par rapport à la personne que vous accompagnez en consultation au CMRR, habitez-vous :
 - ① le même logement ACCHAB (A06008_)
 - ② la même ville/commune
 - ③ le même département
 - ④ autre

- Si vous n'êtes pas un membre de la famille de la personne que vous accompagnez en consultation, depuis combien de temps le/la connaissez-vous : ACCTPSCO (A08012_)
 - ① moins d'un an
 - ② entre un an et 5 ans
 - ③ entre 5 et 10 ans
 - ④ plus de 10 ans

3. Motif de l'accompagnement

- Savez-vous si la personne que vous accompagnez consulte pour :

✓ Une plainte/un trouble de mémoire :	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	ACCMEM (A01001_)
✓ Un trouble du langage :	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	ACCLANG (A01001_)
✓ Un trouble du comportement :	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	ACCTCOMP (A01001_)
✓ Un autre type de plainte/trouble :	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	ACCAUTR (A01001_)
	↳ si oui, lequel : ACCAUTPRES (\$250.)		

- Savez-vous qui est à l'initiative de cette consultation (*une seule réponse possible*) : ACCINITI (A06002_)
 - ① la personne que vous accompagnez
 - ② vous-même
 - ③ le médecin (ou autre personne du corps médical) de la personne que vous accompagnez
 - ④ un membre de la famille de la personne que vous accompagnez

- A la demande de qui êtes-vous présent(e) aujourd'hui (*une seule réponse possible*) : ACCDEM (A06003_)
 - ① de votre propre initiative
 - ② à la demande de la personne que vous accompagnez
 - ③ à la demande d'un médecin (ou d'une autre personne du corps médical)
 - ④ à la demande d'un membre de la famille de la personne que vous accompagnez

Perceived Stress Scale (Cohen and Al.)

COHEN

DURANT LES 4 DERNIERES SEMAINES OU LE MOIS ECOULE :

COHORRES (A08014_)

COHTESTCD(2.) COHTEST (\$250.)	0 Jamais	1 Rarement	2 Parfois	3 Assez souvent	4 Très souvent
1. Avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités de prendre en main vos problèmes personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous senti que vous dominiez la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CES-D

CESD

CESORRES (A08015_)

CESTESTCD (2.) CESTEST (\$250.)	Jamais, ou très rarement	Occasionnelle- ment	Assez souvent	Fréquemment, tout le temps
1. J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aide dont bénéficie la personne accompagnée

ACC

- La personne que vous accompagnez est-elle totalement indépendante dans la vie quotidienne :

non



Si non, merci de passer à la page suivante

oui

ACCINDEP (A01001_)



Si oui, merci de votre participation et veuillez remettre ce questionnaire à la personne qui vous l'a donné

- Etes-vous celui/celle qui aide **le plus fréquemment** la personne que vous accompagnez :

ACC

 non

ACCAIDPACC (A01001_)

 oui


Si non, merci de répondre à la question suivante et de remettre ce questionnaire à la personne qui vous l'a donné :

- Quelle est la personne qui aide **le plus fréquemment** la personne que vous accompagnez au quotidien : **ACCAIDP (A04020_)**

1 Son conjoint/sa conjointe

2 Son fils/sa fille

3 Un autre membre de la famille

↳ Précisez le lien de parenté : ... **ACCAIDPPAR (\$100.)**

4 Un(e) ami(e)

5 Un voisin/une voisine

6 Un aidant professionnel (infirmier(ère), aide-soignant(e),....)

↳ Précisez : ... **ACCAIDPPRO (\$100.)**

7 Aucune des catégories ci-dessus

Précisez : ... **ACCAIDPAUT (\$100.)**

Si oui, merci de passer directement à la page suivante

Merci de répondre à toutes les questions suivantes si :

la personne que vous accompagnez bénéficie d'aides dans la vie quotidienne et si vous êtes celui/celle qui l'aide le plus fréquemment.

ACC

5. Aide dont bénéficie la personne accompagnée

Pour chacune des situations suivantes, pouvez-vous indiquer si vous apportez de l'aide à la personne accompagnée : (A01001_)

1. Organiser les rendez-vous médicaux	ACCRDV	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
2. Acheter ses médicaments	ACCMED	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
3. L'accompagner à des consultations médicales (autres que celle en cours)	ACCONSM	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
4. L'aider à prendre certains traitements	ACCTRT	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
5. Participer à certains soins paramédicaux (kinésithérapie, massages)	ACCPARAM	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
6. L'aider pour la toilette	ACCTOIL	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
7. L'aider à s'habiller ou à se déshabiller	ACCHABILL	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
8. L'aider à prendre ses repas	ACCREPA	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
9. L'aider à se déplacer dans le logement	ACCDEPLA	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
10. L'aider à s'asseoir, se lever ou se coucher du lit ou du fauteuil	ACCLEVER	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
11. L'accompagner pour ses loisirs (promenades, cinéma, sport, etc.)	ACCLOIS	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
12. L'aider à prendre des décisions	ACCDECIS	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
13. Lui assurer une surveillance de jour	ACCSURVJ	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui

- Combien d'heures par semaine consacrez-vous à aider la personne que vous accompagnez aujourd'hui (il s'agit de l'aide fournie en dehors des tâches habituelles pour le bon fonctionnement du ménage, sauf si vous êtes employé(e) à son service) :

ACCNBHSEM (2.)

Nombre d'heures : heures/semaine

- S'il vous arrive d'être indisponible, pouvez-vous compter sur d'autres personnes pour vous remplacer, qu'il s'agisse de professionnels ou d'autres membres de l'entourage :

 non oui ACCRMP (A01001_)

↳ si oui, pouvez-vous préciser le lien de la personne qui vous remplace **le plus fréquemment** avec la personne que vous accompagnez en consultation au CMRR :

 son conjoint/sa conjointe ACCRMLIEN (A04020_) son fils/sa fille un autre membre de la famille

↳ Précisez le lien de parenté : ACCRMPAR (\$100.)

 un ami/une amie un voisin/une voisine un aidant professionnel (infirmier(ère), aide-soignant(e),....)

↳ Précisez : ACCRMPRO (\$100.)

 autre

↳ Précisez : ACCRMAUT (\$100.)

Burden inventory from Zarit

ZARIT

ZARORRES (A08013_)

ZARTESTCD (2.) ZARTEST (\$250.)	0 Jamais	1 Rarement	2 Quelquefois	3 Assez souvent	4 Presque toujours
1. Sentir que celui/celle que vous accompagnez vous demande plus d'aide qu'elle n'en a besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentir que le temps que vous lui consacrez ne vous en laisse pas assez pour vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous sentir tiraillé(e) entre ses soins et vos autres responsabilités (familiales ou de travail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous sentir embarrassé(e) par ses comportements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous sentir en colère quand vous êtes en sa présence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir qu'il/elle nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avoir peur de ce que l'avenir lui réserve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sentir qu'il/elle est dépendant de vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous sentir tendu(e) en sa présence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de lui/d'elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de lui/d'elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de lui/d'elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de lui/d'elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir qu'il/elle semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il/elle puisse compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de lui/d'elle encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de lui/d'elle encore bien longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Souhaiter pouvoir laisser à quelqu'un d'autre le soin de s'occuper de lui/d'elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour lui/elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir que vous devriez en faire plus pour lui/elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que vous pourriez lui donner de meilleurs soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que ses soins sont une charge, un fardeau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE

Suivis :

M0, M06, M12, M18, M24, M30, M36, M42, M48, M54,
M60

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE (NPI)

NPICA

A. IDEES DELIRANTES NPDOM (A09047_)

Suivi M

Date :
 NPDAT (\$10.) NPDAT_D (ddmmy10.)

« Le participant/la participante croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le participant/la participante est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses » non oui NPQDOMON (A01001_)

NPI	Description	Accompagnant *	
		Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	<i>Les réponses concernent les 4 dernières semaines</i>		
✓ si Oui			
	1. Le participant/la participante croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ?		
	2. Le participant/la participante croit-il/elle que les autres le/la volent ?		
	3. Le participant/la participante croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?		
	4. Le participant/la participante croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ?		
	5. Le participant/la participante croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?		
	6. Le participant/la participante croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?		
	7. Le participant/la participante croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ?		
	8. Est-ce que le participant/la participante croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans sa maison ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec eux ?)		
	SCORE NPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent

NPACFREQ NPACGRAV
(A08021_) (A09039_)

NPICA

B. HALLUCINATIONS NPDOM (A09047_)

« Le participant/la participante a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le participant/la participante voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

non oui NPQDOMON (A01001_)

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *	
✓ si Oui	Description	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le participant/la participante dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?		
	2. Le participant/la participante parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?		
	3. Le participant/la participante dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes, des animaux, des lumières, etc...) ?		
	4. Le participant/la participante dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?		
	5. Le participant/la participante dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?		
	6. Le participant/la participante dit-il/elle avoir des goûts dans la bouche dont on ne connaît pas la cause ?		
	7. Le participant/la participante décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?		
	SCORE NPI	┌	┌

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent

NPACFREQ NPACGRAV
(A08021_) (A09039_)

NPICA

C. AGITATION NPDOM (A09047_)

« Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le participant/la participante refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? » non oui NPQDOMON (A01001_)

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *	
✓ si Oui	Description	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le participant/la participante est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essaient de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?		
	2. Le participant/la participante est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?		
	3. Le participant/la participante est-il/elle peu coopératif (ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?		
	4. Le participant/la participante crie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ?		
	5. Le participant/la participante fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?		
	6. Le participant/la participante essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?		
	SCORE NPI	□	□

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent.

NPACFREQ NPACGRAV
(A08021_) (A09039_)

D. DYSPHORIE / DEPRESSION NPDOM (A09047_)

NPICA

« Le participant/la participante semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? » non oui

NPQDOMON (A01001_)

NPQ
(\$10.)

NPI-C	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *		Clinicien *
		Fréquence 0-4	Gravité 0-3	Gravité 0-3
✓ si Oui	Description			
	1. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le participant/la participante pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ?			<input type="checkbox"/>
	2. Le participant/la participante dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ?			<input type="checkbox"/>
	3. Le participant/la participante se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?			<input type="checkbox"/>
	4. Le participant/la participante semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?			<input type="checkbox"/>
	5. Le participant/la participante dit-il/elle est un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?			<input type="checkbox"/>
	6. Le participant/la participante exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?			<input type="checkbox"/>
	7. Le participant/la participante dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?			<input type="checkbox"/>
	SCORE NPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ne pas poser, à l'accompagnant, les questions suivantes :			
	8. Le participant/la participante a-t-il/elle des expressions d'inquiétude ou de douleur ?			<input type="checkbox"/>
	9. Le participant/la participante est-il/elle pessimiste ou totalement négatif attendant le pire ?			<input type="checkbox"/>
	10. Le participant/la participante est-il/elle soudainement irritable ou facilement ennuyé(e) ?			<input type="checkbox"/>
	11. Le participant/la participante a-t-il/elle changé ses habitudes alimentaires comme manger plus ou moins ou plus ou moins souvent que d'habitude ?			<input type="checkbox"/>
	12. Le participant/la participante parle-t-il/elle de sentiment de culpabilité pour des choses qu'il/elle ne contrôle pas ?			<input type="checkbox"/>
	13. Le participant/la participante semble-t-il/elle ne plus apprécier les activités qui étaient auparavant agréables ?			<input type="checkbox"/>

NPICQ

NPCLGRAV(A09039_)

NPACFREQ (A08021_) NPACGRAV (A09039_)

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent

NPICA

E. ANXIETE NPDOM (A09047_)

« Le participant/la participante est-il/elle très nerveux (se), inquiet (ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le participant/la participante a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? » non oui NPQDOMON (A01001_)

NPQ
(\$10.)

NPI-C	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *		Clinicien *
		Fréquence 0-4	Gravité 0-3	Gravité 0-3
✓ si Oui	Description			
	1. Le participant/la participante dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus ?			<input type="checkbox"/> NPCLGRAV (A09039_)
	2. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le participant/la participante se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?			<input type="checkbox"/>
	3. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le participant/la participante a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?			<input type="checkbox"/>
	4. Le participant/la participante se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)			<input type="checkbox"/>
	5. Le participant/la participante évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux (se) comme par exemple circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ?			<input type="checkbox"/>
	6. Le participant/la participante est-il/elle nerveux (se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle) ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) ?			<input type="checkbox"/>
	SCORE NPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ne pas poser, à l'accompagnant, les questions suivantes :	NPACFREQ	NPACGRAV	
	7. Le participant/la participante parle-t-il de sensation de terreur ou agit-il/elle comme si il/elle était effrayé(e) ?	(A08021_)	(A09039_)	<input type="checkbox"/>
	8. Le participant/la participante a-t-il/elle des expressions d'inquiétude ?			<input type="checkbox"/>
	9. Le participant/la participante fait-il/elle des déclarations répétées ou des commentaires à propos de quelque chose de mauvais qui va arriver ?			<input type="checkbox"/>
	10. Le participant/la participante exprime-t-il/elle une inquiétude ou des préoccupations à propos de sa santé ou de ses fonctions corporelles, inquiétudes qui ne sont pas justifiées ?			<input type="checkbox"/>
	11. Le participant/la participante se met-il/elle en larme d'inquiétude ?			<input type="checkbox"/>
	12. Le participant/la participante a-t-il/elle des peurs non réalistes à propos du fait d'être seul ou d'être abandonné(e) ?			<input type="checkbox"/>
	13. Le participant/la participante répète-t-il/elle des questions à propos de ce qu'il/elle devrait faire ou d'où il/elle devrait aller ?			<input type="checkbox"/>
	14. Le participant/la participante semble-t-il/elle globalement concentré(e) ou concerné(e) par des tâches ou des activités et n'est pas facilement distractable ou découragé ?			<input type="checkbox"/>

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent.

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE NPDOM (A09047_)

« Le participant/la participante semble-t-il/elle trop joyeux (se) ou heureux (se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le participant/la participante présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? » non oui NPQDOMON (A01001_)

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *	
		Fréquence 0-4	Gravité 0-3
✓ si Oui	Description		
	1. Le participant/la participante semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux (se) par rapport à son état habituel ?		
	2. Le participant/la participante trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?		
	3. Le participant/la participante semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?		
	4. Le participant/la participante raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?		
	5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?		
	6. Le participant/la participante se vante-t-il/elle ou prétend-il/elle avoir plus de qualités ou de richesses qu'il/elle n'en a en réalité ?		
	SCORE NPI	┌	┌

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent

NPACFREQ (A08021_) NPACGRAV (A09039_)

G. APATHIE / INDIFFERENCE NPDOM (A09047_)

« Le participant/la participante a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il/elle devenu(e) plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent ? » non oui NPQDOMON (A01001_)

NPQ
(\$10.)

NPI-C	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *		Clinicien *	NPICQ
		Fréquence 0-4	Gravité 0-3	Gravité 0-3	
✓ si Oui	Description				
	1. Le participant/la participante semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif (ve) que d'habitude ?			<input type="checkbox"/>	NPCLGRAV(A09039_)
	2. Le participant/la participante est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?			<input type="checkbox"/>	
	3. Par rapport à son état habituel, le participant/la participante se montre-t-il/elle moins affectueux (se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?			<input type="checkbox"/>	
	4. Le participant/la participante participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?			<input type="checkbox"/>	
	5. Le participant/la participante semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?			<input type="checkbox"/>	
	6. Le participant/la participante a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?			<input type="checkbox"/>	
	7. Le participant/la participante est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?			<input type="checkbox"/>	
	8. Le participant/la participante reste-t-il/elle tranquillement assis(e) sans porter attention aux choses qui se déroulent autour de lui/d'elle ?			<input type="checkbox"/>	
	SCORE NPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Ne pas poser, à l'accompagnant, les questions suivantes :				
	9. Le participant/la participante a-t-il/elle réduit sa participation aux activités sociales même quand il/elle est stimulé(e) ?	NPACFREQ (A08021_)	NPACGRAV (A09039_)	<input type="checkbox"/>	
	10. Le participant/la participante est-il/elle moins intéressé(e) ou curieux(se) à propos d'événements habituels ou nouveaux dans son environnement ?			<input type="checkbox"/>	
	11. Le participant/la participante exprime-t-il/elle moins d'émotion en réponse à des événements positifs ou négatifs ?			<input type="checkbox"/>	

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent.

H. DESINHIBITION NPDOM (A09047_)

« Le participant/la participante semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? » non oui NPQDOMON (A01001_)

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *	
✓ si Oui	Description	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le participant/la participante agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?		
	2. Le participant/la participante parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?		
	3. Le participant/la participante dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?		
	4. Le participant/la participante dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?		
	5. Le participant/la participante parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?		
	6. Le participant/la participante prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ?		
	SCORE NPI	┌	┌

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent.

NPACFREQ (A08021_) NPACGRAV (A09039_)

NPICA

I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR NPDOM (A09047_)

« Le participant/la participante est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le participant/la participante fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas ». non oui NPQDOMON (A01001_)

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *	
✓ si Oui	Description	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le participant/la participante a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle « sort de ses gonds » facilement pour des petits riens ?		
	2. Le participant/la participante a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?		
	3. Le participant/la participante a-t-il/elle de brusques accès de colère ?		
	4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?		
	5. Le participant/la participante est-il/elle grincheux (se) et irritable ?		
	6. Le participant/la participante cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?		
	SCORE NPI	┌	┌

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent

NPACFREQ NPACGRAV
(A08021_) (A09039_)

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT NPDOM (A09047_)

« Le participant/la participante fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ? » non oui NPQDOMON (A01001_)

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *	
✓ si Oui	Description	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le participant/la participante tourne-t-il/elle en rond dans la maison sans but apparent ?		
	2. Le participant/la participante farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?		
	3. Le participant/la participante n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?		
	4. Le participant/la participante a-t-il/elle des activités répétitives ou des « manies » qu'il/qu'elle recommence sans cesse ?		
	5. Le participant/la participante a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?		
	6. Le participant/la participante a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?		
	SCORE NPI	┌	┌

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent

NPACFREQ NPACGRAV
(A08021_) (A09039_)

K. SOMMEIL **NPDOM** (A09047_)

«Est-ce que le participant/la participante a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ?» non oui **NPQDOMON** (A01001_)

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *	
<input checked="" type="checkbox"/> si Oui	Description	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Est-ce que le participant/la participante éprouve des difficultés à s'endormir ?		
	2. Est-ce que le participant/la participante se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le participant se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?		
	3. Est-ce que le participant/la participante erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?		
	4. Est-ce que le participant/la participante vous réveille durant la nuit ?		
	5. Est-ce que le participant/la participante se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?		
	6. Est-ce que le participant/la participante dort de manière excessive pendant la journée ?		
	7. Est-ce que le participant/la participante se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude) ?		
	SCORE NPI	┌	┌

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent.

NPACFREQ **NPACGRAV**
(A08021_) (A09039_)

NPICA

7. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT NPDOM (A09047_)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le participant/la participante est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

non oui NPQDOMON (A01001_)

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	Accompagnant *	
		Fréquence 0-4	Gravité 0-3
✓ si Oui	Description		
	1. Est-ce que le participant/la participante a perdu l'appétit ?		
	2. Est-ce que le participant/la participante a plus d'appétit qu'avant ?		
	3. Est-ce que le participant/la participante a maigri ?		
	4. Est-ce que le participant/la participante a grossi ?		
	5. Est-ce que le participant/la participante a eu un changement dans son comportement alimentaire comme de mettre par exemple trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?		
	6. Est-ce que le participant/la participante a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par exemple trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?		
	7. Est-ce que le participant/la participante a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?		
	SCORE NPI	┌	┌

*Ne pas laisser sans réponse. Notez "0" si l'item n'est pas présent.

NPACFREQ NPACGRAV
(A08021_) (A09039_)

NPIC

- **Profession du clinicien ayant fait passer le questionnaire :** NPPROFC (A09058_)
 - ① médecin
 - ② psychologue
 - ③ autre NPPROFCAUT (\$100.)
↳ si autre, préciser :

- **Expérience du clinicien dans l'évaluation des symptômes neuropsychiatriques :**
 - ① moins de 2 ans NPEXPCL (A08022_)
 - ② entre 2 et 5 ans
 - ③ plus de 5 ans

- **Evaluation du clinicien réalisée après obtention des informations de l'accompagnant** (scores de l'évaluation globale du NPI original) :
 - ① non NPEVALCL (A01001_)
 - ② oui

- **Evaluation du clinicien de la fiabilité de l'accompagnant :** NPFIABACC (A09049_)
 - ① faible
 - ② juste
 - ③ bonne
 - ④ excellente

Commentaires du clinicien : NPCOMM (\$254.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIFFICULTES SUBJECTIVES

Suivis :

M0, M12, M24, M36, M48, M60

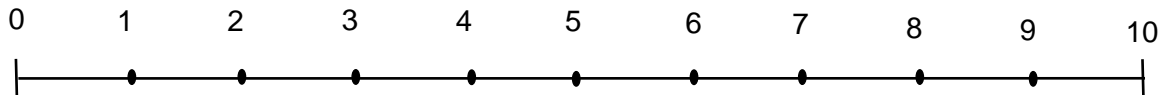
DIFFICULTES SUBJECTIVES

SU

PERCEPTION ET COMPREHENSION DES SYMPTÔMES ACTUELS PAR LE PARTICIPANT :

Sur une échelle de 0 à 10 : SUECHCD (2.) SUECH (\$250.)

- De quelle manière/comment le participant perçoit/évalue-t-il les difficultés qu'il rencontre actuellement (par rapport à son « état habituel ») :



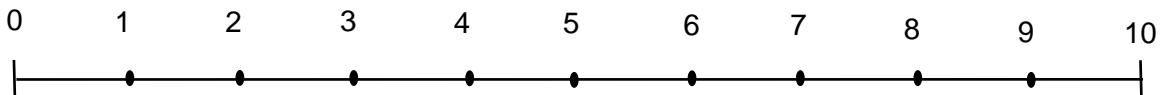
Pas de difficulté

Beaucoup de difficultés

Reporter le score : SUECHSC (Best8.)

Si la réponse est 0, aucune difficulté, ne pas poser les questions suivantes

- Le participant considère-t-il que les difficultés qu'il rencontre actuellement ont des conséquences sur sa vie quotidienne ?

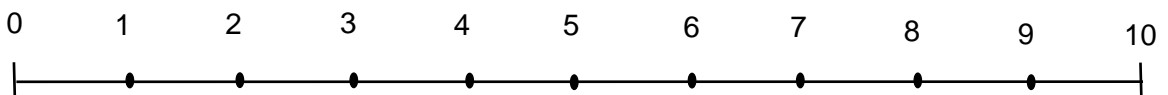


Pas de conséquence

Conséquences très sévères

Reporter le score :

- Combien de temps le participant pense-t-il que les difficultés qu'il rencontre actuellement vont durer ?

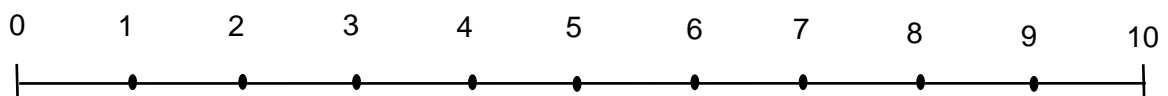


Très peu de temps

Toujours

Reporter le score :

- Le participant pense-t-il pouvoir contrôler les difficultés qu'il rencontre actuellement ?



Aucun contrôle

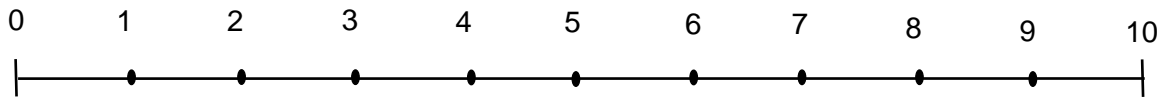
Beaucoup de contrôle

Reporter le score :

SUECHCD (2.) SUECH (\$250.)

SU

- Le participant a-t-il des problèmes occasionnés par les difficultés qu’il rencontre actuellement ?

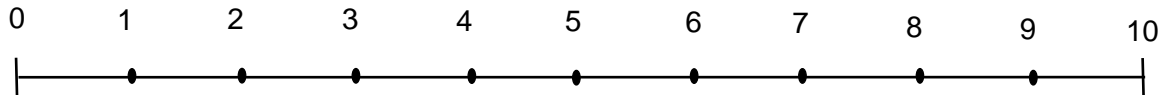


Aucun problème

Beaucoup de problèmes graves

Reporter le score : SUECHSC (Best8.)

- Le participant est-il inquiet des difficultés qu’il rencontre actuellement ?

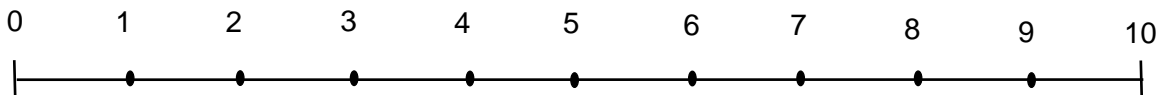


Pas du tout inquiet

Extrêmement Inquiet

Reporter le score :

- Le participant a-t-il l’impression de bien comprendre ce qui lui arrive ?

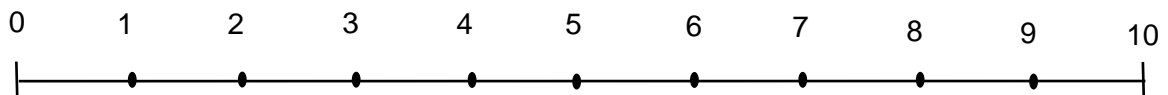


Ne comprend pas

Comprend très clairement

Reporter le score :

- Le participant est-il affecté sur le plan émotionnel par les difficultés qu’il rencontre actuellement ? Est-ce que cela le met en colère, lui fait peur, le déprime ?



Pas du tout affecté

Extrêmement émotionnellement affecté

Reporter le score :

- Le participant peut-il citer les trois plus importantes raisons qui selon lui sont à l’origine des difficultés qu’il rencontre actuellement ?

↳ Raison 1 : SURAIS1 (\$250.)

↳ Raison 2 : SURAIS2 (\$250.)

↳ Raison 3 : SURAIS3 (\$250.)

IADL (LAWTON)

ADL (Katz)

Suivis :

M0, M06, M12, M18, M24, M30, M36, M42, M48,
M54, M60

EVALUATION DES ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

(Echelle de Lawton)

IADL

SUIVI M Date de la visite:

IADLDAT (\$10.) IADLDAT_D (ddmmyy10.)

1. Utiliser le téléphone

- Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche des numéros et les compose, etc. 1
- Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus. 2
- Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler. 3 IADLTEL (A09050_)
- Ne se sert pas du tout du téléphone. 4
- * Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone. NA

2. Faire des courses

- Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome. 1
- N'est indépendant que pour certaines courses. 2
- A besoin d'être accompagné pour faire ses courses. 3 IADLCOURS (A09050_)
- Est complètement incapable de faire des courses. 4
- * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas. NA

3. Préparer des repas

- Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome. 1
- Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis. 2
- Peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient. 3 IADLREPAS (A09050_)
- A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas. 4
- * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas. NA

4. Faire le ménage

- Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers). 1
- Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit. 2 IADLMEN (A09050_)
- A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison. 3
- Ne participe à aucune tâche ménagère. 4
- * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas. NA

5. Faire la lessive

- Fait sa propre lessive. 1
- Peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes. 2 IADLLESS (A09050_)
- Nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc. 3
- La lessive doit être faite par des tiers. 4
- * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas. NA

IADL

6. Utiliser les transports

- Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture. 1
- Utilise les transports publics à condition d'être accompagné. 2 IADLTRSP (A09050_)
- Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers. 3
- Ne se déplace pas du tout à l'extérieur. 4
- * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager. NA

7. Prendre des médicaments

- Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite. 1
- Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels. 2 IADLMED (A09050_)
- Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance. 3
- Est incapable de prendre ses médicaments. 4
- * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement. NA

8. Gérer ses finances

- Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus. 1
- Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert. 2 IADLFIN (A09050_)
- Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses. 3
- Est incapable de s'occuper d'argent. 4
- * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent. NA

9. Bricoler et entretenir la maison

- Peut réaliser tout seul la plupart des travaux et bricolage (réparer la tuyauterie, réparer un robinet qui fuit, entretenir la chaudière et les radiateurs, réparer les gouttières...). 1
- A besoin d'une aide ou de directives pour réaliser quelques réparations domestiques. 2 IADLBRIC (A09050_)
- Peut uniquement réaliser des travaux de bricolage élémentaires, ou des travaux tels que suspendre un cadre ou tondre la pelouse. 3
- Est incapable de bricoler ou d'entretenir sa maison. 4
- * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de bricoler. NA

EVALUATION DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE

(Echelle de Katz)

ADL

SUIVI M Rempli par le participant aidé d'un proche : ADLREPL (A01001_)

Le participant est-il capable de :

1. Se laver

ADLLAV

(A09050_)

- ✓ est capable de se laver complètement sans aucune aide; 1
- ✓ a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous la ceinture; 2
- ✓ a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture; 3
- ✓ doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture. 4

2. S'habiller

ADLHAB

(A09050_)

- ✓ est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide; 1
- ✓ a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous la ceinture (sans tenir compte des lacets); 2
- ✓ a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture; 3
- ✓ doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture. 4

3. Transfert et déplacements

ADLDEPLA (A09050_)

- ✓ est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante; sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers; 1
- ✓ est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s)mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, .) ; 2
- ✓ a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements; 3
- ✓ est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer. 4

4. Aller aux toilettes

ADLTOIL (A09050_)

- ✓ est capable d'aller seul aux toilettes, de s'habiller et de s'essuyer; 1
- ✓ a besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer; 2
- ✓ doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer; 3
- ✓ doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer. 4

5. Continence

ADLCONT (A09050_)

- ✓ est continent pour les urines et les selles; 1
- ✓ est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris); 2
- ✓ est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles; 3
- ✓ est incontinent pour les urines et les selles. 4

6. Manger

ADLMANG

(A09050_)

- ✓ est capable de manger et de boire seul; 1
- ✓ a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire; 2
- ✓ a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit; 3
- ✓ le participant est totalement dépendant pour manger et boire. 4

MINI NUTRITIONNAL ASSESSMENT

Suivis :

M0, M12, M24, M36, M48, M60

Mini Nutritional assessment

MNA

MNADAT (\$10.) MNADAT_D (ddmmyy10.)

SUIVI M [][][][]

Date de la visite : [][][][][][][][][]

DEPISTAGE		MNADE (A09041_)
MNADA (A09041_)	A. Le participant présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	<ul style="list-style-type: none"> - anorexie sévère <input type="checkbox"/> 0 point - anorexie modérée <input type="checkbox"/> 1 point - pas d'anorexie <input type="checkbox"/> 2 points
MNADB (A09035_)	B. Perte récente de poids (< 3 mois)	<ul style="list-style-type: none"> - perte de poids > 3 kg <input type="checkbox"/> 0 point - ne sait pas <input type="checkbox"/> 1 point - perte de poids entre 1 et 3 kg <input type="checkbox"/> 2 points - pas de perte de poids <input type="checkbox"/> 3 points
MNADC (A09041_)	C. Motricité	<ul style="list-style-type: none"> - du lit au fauteuil <input type="checkbox"/> 0 point - autonome à l'intérieur <input type="checkbox"/> 1 point - sort du domicile <input type="checkbox"/> 2 points
MNADD (A09042_)	D. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?	<ul style="list-style-type: none"> - oui <input type="checkbox"/> 0 point - non <input type="checkbox"/> 2 points
	E. Problèmes neuropsychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - démence ou dépression sévère <input type="checkbox"/> 0 point - démence ou dépression modérée <input type="checkbox"/> 1 point - pas de problème psychologique <input type="checkbox"/> 2 points
	F. Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²)	<ul style="list-style-type: none"> - IMC < 19 <input type="checkbox"/> 0 point - 19 ≤ IMC < 21 <input type="checkbox"/> 1 point - 21 ≤ IMC < 23 <input type="checkbox"/> 2 points - IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/> 3 points
<p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points) [][][]</p> <p style="text-align: right;">MNADSC (2.)</p> <p style="text-align: center;">≥ 12 points: Normal, pas besoin de continuer l'évaluation</p> <p style="text-align: center;">≤ 11 points : Possibilité de malnutrition, continuez l'évaluation</p>		

EVALUATION GLOBALE (si score de dépistage ≤ 11 points)		
MNAEGG (A09043_)	G. Le participant vit-il de façon indépendante à domicile ?	<ul style="list-style-type: none"> - non <input type="checkbox"/> 0 point - oui <input type="checkbox"/> 1 point
MNAEGH (A09043_)	H. Prend plus de trois médicaments ?	<ul style="list-style-type: none"> - oui <input type="checkbox"/> 0 point - non <input type="checkbox"/> 1 point
MNAEGI (A09043_)	I. Escarres ou plaies cutanées ?	<ul style="list-style-type: none"> - oui <input type="checkbox"/> 0 point - non <input type="checkbox"/> 1 point
MNAEGJ (A09041_)	J. Combien de véritables repas le participant prend-il par jour ?	<ul style="list-style-type: none"> - 1 repas <input type="checkbox"/> 0 point - 2 repas <input type="checkbox"/> 1 point - 3 repas <input type="checkbox"/> 2 points
MNAEGK1 (A01001_)	K. Consomme-t-il : Une fois par jour au moins des produits laitiers ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MNAEGK2 (A01001_)	Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MNAEGK3 (A01001_)	Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ?	<ul style="list-style-type: none"> - si 0 ou 1 oui <input type="checkbox"/> 0 point - si 2 oui <input type="checkbox"/> 0,5 point - si 3 oui <input type="checkbox"/> 1 point
MNAEGL (A09043_)	L. Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ?	<ul style="list-style-type: none"> - non <input type="checkbox"/> 0 point - oui <input type="checkbox"/> 1 point
MNAEGM (A09044_)	M. Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)	<ul style="list-style-type: none"> - moins de 3 verres <input type="checkbox"/> 0 point - de 3 à 5 verres <input type="checkbox"/> 0,5 point - plus de 5 verres <input type="checkbox"/> 1 point
MNAEGN (A09041_)	N. Manière de se nourrir	<ul style="list-style-type: none"> - nécessite une assistance <input type="checkbox"/> 0 point - se nourrit seul avec difficulté <input type="checkbox"/> 1 point - se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/> 2 points
MNAEGO (A09041_)	O. Le participant se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels)	<ul style="list-style-type: none"> - malnutrition sévère <input type="checkbox"/> 0 point - ne sait pas ou malnutrition modérée <input type="checkbox"/> 1 point - pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/> 2 points
MNAEGP (A09045_)	P. Le participant se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	<ul style="list-style-type: none"> - moins bonne <input type="checkbox"/> 0 point - ne sait pas <input type="checkbox"/> 0,5 point - aussi bonne <input type="checkbox"/> 1 point - meilleure <input type="checkbox"/> 2 points
MNAEGQ (A09044_)	Q. Circonférence brachiale (CB en cm)	<ul style="list-style-type: none"> - CB < 21 <input type="checkbox"/> 0 point - 21 ≤ CB ≤ 22 <input type="checkbox"/> 0,5 point - CB > 22 <input type="checkbox"/> 1 point
MNAEGR (A09043_)	R. Circonférence du mollet (CM en cm)	<ul style="list-style-type: none"> - CM < 31 <input type="checkbox"/> 0 point - CM ≥ 31 <input type="checkbox"/> 1 point
<p>Évaluation globale (max. 16 points) [][][][][]</p> <p>Score de dépistage (max. 11 points) [][][][]</p> <p>Score total (max. 30 points) [][][][][][]</p>		MNAEGSCT (Best8!)
<p style="text-align: center;">Appréciation de l'état nutritionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> état nutritionnel normal <input type="checkbox"/> de 24 à 30 points risque de malnutrition <input type="checkbox"/> de 17 à 23,5 points mauvais état nutritionnel <input type="checkbox"/> moins de 17 points 		

MNAEGNUT (A09046_)

EQ - 5D

Suivis :

M0, M6, M12, M18, M24, M30,
M36, M42, M48, M54, M60

EQ-5D

EQ5D

SUIVI M Date :

EQDAT (\$10.) EQDAT_D (ddmmyy10.)

Veuillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

Mobilité EQMOB (A09019_)

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne EQAUTO (A09020_)

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes (exemples : travail, études, EQACT (A09021_)*travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)*

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs/gêne EQPAIN (A09022_)

- Je n'ai ni douleurs, ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété/dépression EQANX (A09023_)

- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

© 1990 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

EQ5D

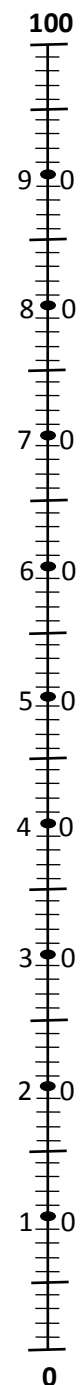
Meilleur état de
santé imaginable

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle **100** correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et **0** au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

Votre état de santé
aujourd'hui

EQSCHE
(Best8.)



Pire état de
santé imaginable

© 1990 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY

Suivis :

M0, M12, M24, M36, M48, M60

Short Physical Performance Battery

SPPB

SUIVI M Date :

SPDAT (\$10.) SPDAT_D (ddmmyy10.)

RESULTATS :

	Chronométrage	Temps en seconde	Score
Test de Vitesse de marche (test sur 4 m)	Temps (secondes) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SPWALKTM (Best8.)	Non réalisable SPWALKSC (A09032_)	<input type="checkbox"/> 0
		>8,70 sec	<input type="checkbox"/> 1
		6,21 – 8,70 sec	<input type="checkbox"/> 2
		4,82 – 6,20 sec	<input type="checkbox"/> 3
		< 4,82 sec	<input type="checkbox"/> 4
Test de Lever d'une chaise	Temps (secondes) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SPSTDTM (Best8.)	Non réalisable SPSTDSC (A09033_)	<input type="checkbox"/> 0
		> 16,70 sec	<input type="checkbox"/> 1
		13,70 – 16,69 sec	<input type="checkbox"/> 2
		11,20 – 13,69 sec	<input type="checkbox"/> 3
		≤ 11,19 sec	<input type="checkbox"/> 4
Tests d'Equilibre	Equilibre pieds joints non maintenu 10 secondes	SPEQUICS (A09034_)	<input type="checkbox"/> 0
	Equilibre pieds joints maintenu 10 secondes		<input type="checkbox"/> 1
	Mais l'équilibre en semi tandem ne peut être maintenu 10 secondes		<input type="checkbox"/> 1
	Equilibre semi tandem maintenu 10 secondes		<input type="checkbox"/> 2
	Mais incapacité à conserver l'équilibre en position tandem plus de 2 secondes		
	Equilibre en position tandem maintenu de 3 à 9 secondes		<input type="checkbox"/> 3
L'équilibre en position tandem est maintenu 10 secondes		<input type="checkbox"/> 4	
SCORE TOTAL			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 12

SPTOTSC (Best8.)

INTERNATIONAL PHYSICAL ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

Suivis :

M0, M12, M24, M36, M48, M60

International Physical Activity Questionnaire

SUIVI M Date :

IPDAT (\$10.) IPDAT_D (ddmmyy10.)

« Pensez à toutes les activités **intenses** que vous avez faites au cours des **7 derniers jours**. Les activités physiques intenses font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée. »

1. « Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ? »

 jours par semaine

IPINTDY (1.)

 Pas d'activité physique intense

Passez à la question 3

IPINT (A01001_)

2. En général, combien de temps avez-vous passé à faire des activités intenses au cours de l'un de ces jours ?

 heures par jour

IPINTHR (2.)

 minutes par jour

IPINTMIN (3.)

 Ne sait pas

IPINTNK (A01001_)

« Pensez à toutes les activités **modérées** que vous avez faites au cours des **7 derniers jours**. Les activités physiques modérées font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée. »

3. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement, ou jouer au volley-ball ? Ne pas inclure la marche.

 jours par semaine

IPMODDY (1.)

 Pas d'activité physique modérée

Passez à la question 5

IPMOD (A01001_)

4. En général, combien de temps avez-vous passé à faire des activités **modérées** au cours de l'un de ces jours ?

 heures par jour

IPMODHR (2.)

 minutes par jour

IPMODMIN (3.)

 Ne sait pas

IPMODNK (A01001_)

« Pensez au temps que vous avez passé à marcher au cours des 7 derniers jours. Cela comprend la marche au travail et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs. »

5. Au cours des **7 derniers jours**, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez **marché** pendant au moins 10 minutes d'affilée ?

 jours par semaine

IPWALDY (1.)

 Pas de marche

Passez à la question 7

IPWALK (A01001_)

6. En général, combien de temps avez-vous **marché** au cours de l'un de ces jours ?

 heures par jour

IPWALHR (2.)

 minutes par jour

IPWALMIN (3.)

 Ne sait pas

IPWALNK (A01001_)

« La dernière question porte sur le temps que vous avez passé **assis** pendant un jour de semaine, au cours des **7 derniers jours**. Cela comprend le temps passé assis au travail, à la maison, lorsque vous étudiez et pendant votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision. »

7. Au cours des **7 derniers jours**, combien de temps avez-vous passé **assis** pendant **un jour de semaine** ?

 heures par jour

IPSITHR (2.)

 minutes par jour

IPSITMIN (3.)

 Ne sait pas

IPSITNK (A01001_)

STRESS RESPONSE RATING SCALE

Suivis :

M06, M12, M18, M24, M30, M36, M42, M48, M54,
M60

Si au moins 1 événement est survenu
dans les 6 derniers mois

Stress Rating Response Scale

Suivi M Date :

EVCATCD (\$1.) EVCAT (\$100.)

EVDAT (\$10.) EVDAT_D (ddmmyy10.)

A) Vivez-vous actuellement ou avez-vous vécu au cours des 6 derniers mois un événement dans votre VIE CONJUGALE :
EVVIECD (2.) **EVVIE (\$100.)**

EVRETEN (A01001_)

Non Oui **Si oui, préciser EVORRES (A01001_)**

EVNIVRET (A09030_)

- | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|
| 1) Décès du conjoint | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) Séparation, divorce | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) Interruption de la vie conjugale
<i>(par exemple, hospitalisation du conjoint ...)</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) Difficultés relationnelles, mésentente, disputes avec le conjoint | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) Autres conflits conjugaux
<i>(précisez : EVVIEAUT (\$100.))</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

B) Vivez-vous actuellement ou avez-vous vécu au cours des 6 derniers mois un événement dans votre VIE FAMILIALE :

Non Oui **Si oui, préciser**

- | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|
| 1) Décès d'un membre de la famille | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) Accident ou maladie grave dans la famille | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) Séparation d'avec la famille, éloignement | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) Problèmes ou disputes avec les enfants | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) Problèmes ou disputes avec les petits-enfants | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) Mariage d'un membre de la famille | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) Naissance dans la famille | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) Autres événements familiaux
<i>(précisez :)</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C) Vivez-vous actuellement ou avez-vous vécu au cours des 6 derniers mois un événement dans votre VIE SOCIALE :

Non Oui **Si oui, préciser**

- | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|
| 1) Départ à la retraite | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) Modification importante du statut social | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) Décès d'un ami proche | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) Isolement <i>(par exemple, ne pas voir suffisamment de gens)</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) Subir un préjudice <i>(par exemple, procès, conflits ...)</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) Absence d'aide en cas de besoin | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) Autres difficultés de la vie sociale
<i>(précisez :)</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EVCATCD (\$1.) EVCAT (\$100.)

EV

D) Vivez-vous actuellement ou avez-vous vécu au cours des 6 derniers mois un événement concernant votre **SANTE, BIEN-ETRE :**

Non Oui **Si oui, préciser** EVORRES (A01001_)

1) Maladie ou blessure grave (*fracture du col du fémur ...*) nécessitant ou non un traitement à l'hôpital

EVIIECD (2.)

EVIIE (\$100.)

EVRETEEN (A01001_)

EVNIVRET (A09030_)

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

2) Accident (*chute, accident de la voie publique*)

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

3) Agression

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

4) Baisse des capacités physiques et problèmes de santé en général (*par exemple, difficultés à dormir et se reposer, trouble de l'appétit, effets secondaires à des médicaments ...*)

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

5) Handicap visuel ou auditif important

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

6) Difficultés à s'exprimer

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

7) Autres problèmes de santé

(précisez :EVIIEAUT.(\$100.).....)

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

E) Vivez-vous actuellement ou avez-vous vécu au cours des 6 derniers mois un événement concernant votre **MILIEU DE VIE :**

Non Oui **Si oui, préciser**

1) Déménagement

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

2) Changements de voisins

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

3) Ne pas avoir suffisamment ou avoir trop d'espace pour vivre

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

4) Placement en institution

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

5) Insécurité du quartier

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

6) Le bruit

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

7) Le trafic

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

8) Autres difficultés liées au milieu de vie

(précisez :)

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

F) Vivez-vous actuellement ou avez-vous vécu au cours des 6 derniers mois un événement concernant vos **ACTIVITES ET LOISIRS:**

Non Oui **Si oui, préciser**

1) Avoir trop de temps à sa disposition

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

2) Avoir trop de travail

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

3) Ne pas avoir suffisamment de loisirs

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

4) S'occuper d'un animal domestique

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

5) Autres difficultés liées aux activités et aux loisirs

(précisez :)

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

EV

EVCATCD (\$1.) EVCAT (\$100.)

G) Vivez-vous actuellement ou avez-vous vécu au cours des 6 derniers mois un événement concernant vos FINANCES:

Non Oui **Si oui, préciser** EVORRES (A01001_)

EVVIECD (2.)
EVVIE (\$100.)

1) Diminution ou augmentation significative des revenus

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5
EVRETEN (A01001_) EVNIVRET (A09030_)

2) S'inquiéter au sujet d'un remboursement ou de l'obtention d'un emprunt

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

3) Problèmes avec la Sécurité Sociale, les Impôts...

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

4) Ne pas avoir suffisamment d'argent

(logement, alimentation, soins de santé, habillement, transport, divertissements, besoins personnels ...)

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

5) Autres difficultés financières

(précisez : ...EVVIEAUT (\$100.))

Non Oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5

LEIPAD

Suivis :

M12, M24, M36, M48, M60

LEIPAD

LEIP

LEIDAT (\$10.) LEIDAT_D (ddmmyy10.)

SUIVI M [][][][]

Date : [][][][][][][][][]

LEITEST (\$75.)
LEIQUEST (\$52.)LEIORRES (8.)
LEIDECOD (\$200.)**Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle.**

1. Comment qualifieriez-vous votre état de santé global ?

- ① Excellent
- ② Bon
- ③ Pas très bon
- ④ Mauvais

2. Etes-vous capable de monter et de descendre les escaliers sans aide ?

- ① Sans difficulté
- ② Avec difficulté
- ③ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ④ Pas capable du tout

3. Etes-vous capable de vous habiller entièrement seul(e) ?

- ① Sans difficulté
- ② Avec difficulté
- ③ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ④ Pas capable du tout

4. Etes-vous capable de manger sans aide ?

- ① Sans difficulté
- ② Avec difficulté
- ③ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ④ Pas capable du tout

5. Etes-vous capable de prendre un bain ou une douche sans aide ?

- ① Sans difficulté
- ② Avec difficulté
- ③ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ④ Pas capable du tout

6. Avez-vous des problèmes de sommeil ?

- ① Non, pas du tout
- ② Oui, mineurs
- ③ Oui, modérés
- ④ Oui, très sévères

LEIP

7. Vous sentez-vous fatigué(e), sans énergie ?

- ① Jamais
- ② Quelquefois
- ③ Assez souvent
- ④ Très souvent

LEIDAT (\$10.) LEIDAT_D (ddmmyy10.)

LEITEST (\$75.) LEIQUEST (\$52.) LEIORRES (8.)
LEIDECOD (\$200.)

8. Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?

- ① Jamais
- ② Quelquefois
- ③ Assez souvent
- ④ Très souvent

9. Etes-vous capable d'effectuer vos tâches quotidiennes que ce soit chez vous, au travail, ou ailleurs ?

- ① Oui, complètement
- ② En grande partie
- ③ Seulement quelques-unes
- ④ Non, aucune

10. Pouvez-vous faire vos courses seul(e) ?

- ① Sans difficulté
- ② Avec difficulté
- ③ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ④ Pas capable du tout

11. Pouvez-vous prendre les transports en commun ?

- ① Sans difficulté
- ② Avec difficulté
- ③ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ④ Pas capable du tout

12. Vos problèmes de santé, si vous en avez, vous empêchent-ils de faire ce que vous voulez ?

- ① Pas du tout
- ② Un peu
- ③ Assez
- ④ Beaucoup

13. Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir penser clairement ou d'être embrouillé(e) ?

- ① Très rarement
- ② Rarement
- ③ Souvent
- ④ Très souvent

LEITEST (\$75.) LEIQUEST (\$52.)

LEIORRES (8.)
LEIDECOD (\$200.)

14. Vos difficultés pour réfléchir, si vous en avez, vous empêchent-elles de faire ce que vous voulez ?

- ① Pas du tout
- ② Un peu
- ③ Assez
- ④ Beaucoup

LEIP

15. Avez-vous une bonne mémoire ?

- ① Excellente
- ② Bonne
- ③ Pas très bonne
- ④ Mauvaise

16. Vos problèmes de mémoire, si vous en avez, vous empêchent-ils de faire ce que vous voulez ?

- ① Pas du tout
- ② Un peu
- ③ Assez
- ④ Beaucoup

17. Globalement, vous sentez-vous anxieux(se) ?

- ① Pas du tout anxieux(se)
- ② Un peu anxieux(se)
- ③ Anxieux(se)
- ④ Très anxieux(se)

18. Votre anxiété, si vous êtes anxieux(se), vous empêche-t-elle de faire ce que vous voulez ?

- ① Pas du tout
- ② Un peu
- ③ Assez
- ④ Beaucoup

19. Globalement, vous sentez-vous déprimé(e) ?

- ① Pas du tout déprimé(e)
- ② Un peu déprimé(e)
- ③ Déprimé(e)
- ④ Très déprimé(e)

20. Cette dépression, si vous êtes déprimé(e), vous empêche-t-elle de faire ce que vous voulez ?

- ① Pas du tout
- ② Un peu
- ③ Assez
- ④ Beaucoup

21. Etes-vous satisfait(e) de vos contacts sociaux ou de vos relations avec les autres ?

- ① Très satisfait(e)
- ② Satisfait(e)
- ③ Insatisfait(e)
- ④ Très insatisfait(e)

LEITEST LEIQUEST
(\$75.) (\$52.)

LEIORRES (8.)
LEIDECOD (\$200.)

22. Vous sentez-vous heureux(se) dans vos relations avec les autres personnes ?

- ① Beaucoup
- ② Assez
- ③ Un peu
- ④ Pas du tout

LEIP

23. Avez-vous quelqu'un à qui parler de problèmes personnels quand vous le souhaitez ?

- ① Presque toujours
- ② Assez souvent
- ③ Quelquefois
- ④ Pas du tout

24. Etes-vous intéressé(e) par la sexualité ?

- ① Beaucoup
- ② Assez
- ③ Un peu
- ④ Pas du tout

25. Avez-vous des relations sexuelles ?

- ① Souvent
- ② Assez souvent
- ③ Quelquefois
- ④ Pas du tout

26. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous parvenez à organiser vos passe-temps ou vos loisirs ?

- ① Très satisfait(e)
- ② Satisfait(e)
- ③ Insatisfait(e)
- ④ Très insatisfait(e)

27. Etes-vous satisfait(e) de votre situation financière ?

- ① Très satisfait(e)
- ② Satisfait(e)
- ③ Insatisfait(e)
- ④ Très insatisfait(e)

28. Avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous permettre le niveau de vie dont vous auriez envie ?

- ① Pas du tout
- ② Un peu
- ③ Beaucoup
- ④ Vraiment beaucoup

29. Etes-vous satisfait(e) de votre vie actuelle, si vous la comparez au passé ?

- ① Très satisfait(e)
- ② Satisfait(e)
- ③ Insatisfait(e)
- ④ Très insatisfait(e)

30. Tout compte fait, comment voyez-vous les choses pour l'avenir ?

- 1 Bien mieux
- 2 Mieux
- 3 Pire
- 4 Bien pire

LEIP

31. Votre idée de l'avenir vous empêche-elle de faire ou d'entreprendre ce que vous voulez ?

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Pas mal
- 4 Beaucoup

IMPORTANT !

C'était la dernière question. Merci de vérifier une nouvelle fois si vous n'avez pas oublié de répondre à une question.

Vous avez rempli ce questionnaire : 1 Entièrement seul(e) 2 Avec l'aide de quelqu'un

COMMENTAIRES

Si vous avez des commentaires, sur ce questionnaire, merci de les écrire ci-dessous :

LEICOM (\$400.)

QUESTIONNAIRE MALADIE A CORPS DE LEWY

Suivis :

M12, M24, M36, M48, M60

QUESTIONNAIRE MALADIE A CORPS DE LEWY

MCL

Suivi M [] [] [] []

Date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

MCLDAT (\$10.) MCLDAT_D (ddmmyy10.)

- Batterie Visual Object and Space Perception (VOSP)
Discrimination: [] [] / 20 MCLDISTOT (8.)
Location de chiffres: [] [] / 10 MCLCHITOT (8.)
Lettres fragmentées : [] [] / 20 MCLFRATOT (8.)

- Accompagnant présent: non oui MCLACC (8.)

- Troubles du comportement en sommeil paradoxal :**

MCLQORRESA (A01001_)

MCLQ

MCLQDOM
(\$14.)

MCLQTEST (\$173.)	Participant MCLQORRESP (A01001_)	Accompagnant <input type="checkbox"/> NA*
Bougez-vous pendant votre sommeil ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous fréquemment des cauchemars ou des nuits agitées ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas
Si oui depuis combien de temps ? (années) :	[] [] , []	[] [] , []
Avez-vous déjà fait un enregistrement du sommeil ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas
Si oui, cet enregistrement a-t-il mis en évidence des troubles ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas

*si pas d'accompagnant

MCL

- Symptômes du syndrome parkinsonien :**

- ✓ **Expression faciale :** MCLSYPKEXFA (A14001_)
 - Normale
 - Hypomimie légère, semble avoir un visage normalement impassible
 - Diminution légère mais franchement anormale de l'expression faciale
 - Hypomimie modérée : lèvres souvent entrouvertes
 - Masque facial ou faciès figé avec perte importante ou totale de l'expression faciale : lèvres entrouvertes (0.6 cm ou plus)
- ✓ **Rigidité :** MCLSYPKRIGI (A14002_)
 - Absente
 - Minimale ou apparaissant lors des manœuvres de sensibilisation
 - Légère ou modérée
 - Marquée, mais la plupart des mouvements peuvent être effectués aisément
 - Sévère, les mouvements sont effectués difficilement
- ✓ **Bradykinésie corporelle et hypokinésie :** MCLSYPKBRADY (A14003_)
 - Aucune
 - Lenteur minimale, donnant aux mouvements un caractère délibéré, pourrait être normal pour certaines personnes. Possibilité d'une réaction d'amplitude.
 - Degré léger de lenteur et de pauvreté du mouvement qui est nettement anormal. De plus il existe une certaine réduction d'amplitude.
 - Lenteur modérée, pauvreté et petite amplitude du mouvement
 - Lenteur marquée, pauvreté et petite amplitude du mouvement

- ✓ **Chute non liée au piétinement** : 0 non 1 oui **MCLSYPKCHUTE (A01001_)**
 ↳ si oui, fréquence : 1 Une fois par mois
MCLSYPKCHUTEF (A08023_) 2 Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
 3 Au moins une fois par semaine mais moins d'une fois par jour
 4 Au moins une fois par jour

MCLQORRESP
(A01001_)

MCLQORRESA
(A01001_)

• **Hallucinations :**

MCLQDOM (\$14.)	MCLQTEST (\$173.)	MCLQ	Participant	Accompagnant <input type="checkbox"/> NA*
✓			0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
Hallucination et illusion visuelle Vous est-il arrivé de voir des personnes, des animaux, des objets, des ombres ou des lumières, etc..., que les autres ne voyaient pas, qui n'étaient pas réellement là ?				
✓			0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
Hallucination auditive Vous est-il arrivé d'entendre des sons, de la musique ou des bruits de voix que les autres n'entendaient pas ?				
✓			0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
Hallucination olfactive /gustative Vous est-il arrivé-t-il de sentir (odorat ou goût) des choses que les autres ne sentaient pas ?				
✓			0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
Phénomènes psychotiques mineurs - Avez-vous eu la sensation d'une forte présence, que quelqu'un était là, alors qu'il n'y avait en réalité personne ?				
			0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
- Vous est-il arrivé de voir autre chose à la place d'un objet réel, par exemple de voir une personne ou un animal à la place d'un buisson ou d'un arbre, ou encore un insecte à la place d'une tache sur le sol ?				
			0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
- Avez-vous eu la sensation de voir un animal ou une personne passer brièvement sur le côté, alors qu'il n'y avait rien ?				
			0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
✓			0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
Délire Avez-vous eu parfois des idées bizarres, par exemple le sentiment qu'on cherchait à vous nuire, à vous voler, ou que des personnes de votre entourage vous trompaient				

*si pas d'accompagnant

MCLQORRESP
(A01001_)

MCLQORRESA
(A01001_)

• **Fluctuations :**

MCLQDOM
(\$14.)

MCLQTEST
(\$173.)

MCLQ

	Participant	Accompagnant <input type="checkbox"/> NA*
Etes-vous somnolent ou léthargique pendant la journée ?	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
Dormez-vous plus de 2 heures pendant la journée ?	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
Vous arrive-t-il d'avoir le regard fixe pendant de longues périodes	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui
Avez-vous des épisodes pendant la journée ou votre langage est désorganisé ?	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui	0 <input type="checkbox"/> non 1 <input type="checkbox"/> oui

*si pas d'accompagnant

- **Echelle « clinician assessment of fluctuation »** MCL

Informations à recueillir auprès de l'accompagnant, sur le mois précédent la consultation

1. Le participant a-t-il eu dans le mois précédent une altération spontanée de la vigilance et de la concentration, c'est-à-dire a semblé somnolent, mais éveillé, avait le regard hébété, semblait ne pas être au courant de ce qui se passait autour ? (Des exemples clairs de troubles de la conscience avec des variations dans les performances / la cognition devront être relatés pour l'attribution d'une note positive).

non MCLCAFVIGI (A01011_)

oui

ne sait pas

2. Le niveau de confusion du patient a-t-il tendance à varier beaucoup d'un jour ou d'une semaine à l'autre ? Le patient s'est-il aggravé puis amélioré pendant un certain temps (la fluctuation est significative lorsqu'il existe plusieurs épisodes distincts de différences de performances cognitives à au moins deux reprises dans le mois précédent l'évaluation).

non MCLCAFCONFU (A01011_)

oui

ne sait pas

3. En cas de réponse positive aux 2 questions précédentes, évaluer la sévérité des fluctuations :

✓ Fréquence de la fluctuation : MCLCAFFLUFR (A08023_)

une fois par mois

plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine

au moins une fois par semaine mais moins d'une fois par jour

au moins une fois par jour

✓ Durée de la fluctuation : MCLCAFFLUDU (A08024_)

quelques secondes

≤ à 5 minutes

5 minutes à 1 heure

≥ à 1 heure

≥ à 1 jour

- **Phénomènes neurovégétatifs :**

MCL

- ✓ **Mesure de la Pression artérielle allongée et debout** MCLPAS1 MCLPAD1
 - Pression artérielle allongée après 5 minutes de repos : _____ / _____ mm Hg
 - Fréquence cardiaque : _____ bpm MCLFC1 (8.)
 - Pression artérielle debout après 1 minute : _____ / _____ mm Hg MCLPAS2 MCLPAD2
 - Fréquence cardiaque : _____ bpm MCLFC2 (8.)
 - Pression artérielle debout après 3 minutes : _____ / _____ mm Hg MCLPAS3 MCLPAD3
 - Fréquence cardiaque : _____ bpm MCLFC3 (8.)
 - ✓ **Présence d'une sécheresse :**

Buccale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MCLSECBU	
Oculaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MCLSECOC	(A01001_)
Nasale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MCLSECNA	
 - ✓ **Hypersalivation :** MCLHYSAL (A14004_)
 - 0 = salivation normale
 - 1 = hypersalivation occasionnelle
 - 2 = hypersalivation permanente
 - ✓ **Lacrimation :** MCLLACRI (A14005_)
 - 0 = lacrimation normale
 - 1 = larmoiement occasionnel
 - 2 = larmoiement permanent
 - ✓ **Rhinorrhée :** MCLRHIN(A14006_)

pour cet item il ne sera pas tenu compte des rhinorrhées saisonnières

 - 0 = absence de rhinorrhée
 - 1 = rhinorrhée occasionnelle
 - 2 = rhinorrhée permanente
 - ✓ **Photophobie :** MCLPHOTO (A14007_)
 - 0 = sensibilité normale à la lumière
 - 1 = photophobie occasionnelle ou avec seulement certains types de lumière
 - 2 = photophobie permanente avec tous types de lumières
 - ✓ **Constipation :** MCLCONSTI (A14008_)
 - 0 = pas de changement du transit intestinal habituel
 - 1 = Constipation occasionnelle mais ne nécessitant pas de traitement
 - 2 = Constipation fréquente nécessitant l'utilisation de laxatifs
 - ✓ **Troubles sexuels :** MCLTRSEX (A14009_)
 - 0 = pas de problèmes
 - 1 = légèrement modifiés comparés à l'état antérieur
 - 2 = sévèrement modifiés par rapport à l'état antérieur
-
- : Baisse de la libido MCLLIBBAI (A01001_)
 - : Augmentation de la libido MCLLIBAUG (A01001_)
 - : Troubles de l'érection MCLTREREC (A01001_)

- **Echelle MINI**

MCL

➤ **QUESTION 1**

Au cours des deux dernières semaines vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée et ce presque tous les jours ?

non oui **MCLMINIQ1A (A01001_)**

➤ **QUESTION 2**

Au cours des deux dernières semaines, avez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?

non oui **MCLMINIQ2B (A01001_)**

↪ **Si NON aux deux questions** : pas de dépression

↪ **Si OUI au moins à une des deux questions**, passer aux questions suivantes

(A01001_)

Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous perdu ou pris du poids sans en avoir l'intention (coter oui si +/- 5% du poids) ? **MCLMINIAPP** non oui

Avez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ? **MCLMINISOM** non oui

Parlez-vous ou vous déplacez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentez-vous plus agité(e) et avez-vous du mal à rester en place ? **MCLMINIEXI** non oui

Vous sentez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ? **MCLMINILAS** non oui

Vous sentez-vous sans valeur ou coupable ? **MCLMINICOU** non oui

Avez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions ? **MCLMINICON** non oui

Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait que vous soyez mort(e) ou avez-vous pensé à vous faire du mal ou au suicide ? **MCLMINIDEP** non oui

EXAMEN BIOLOGIQUE

Suivis :

M0, M24, M48

Examen biologique

LBDAT (\$10.)

LBDAT_D (ddmmyy10.)

SEDAT (\$10.)

SEDAT_D (ddmmyy10.)

SUIVI M

LAB

Date de prélèvement :

LBTESTCD (2.) LBCAT (\$100.)

BIOCHIMIE	LBTEST (\$100.)	Valeur	Unité	Autre date de prélèvement
Calcium		LBORRES (Best12.)	LBORRESU (A05011_)	LBDAT2 (\$10.) LBDAT2_D (ddmmyy10.)
Créatinine				
Sodium				
Potassium				
Chlorures				
ALAT				
ASAT				
Bilirubine totale				
Phosphatase alcaline				
Cholestérol total		<input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun	LBAJEUN (A05013_)	
Cholestérol LDL		<input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun		
Cholestérol HDL		<input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun		
Glycémie		<input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun		
Triglycérides		<input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun		
Vitamine B12	<input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> < <input type="checkbox"/> >	LBSIGN (A01006_)		
Folates	<input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> < <input type="checkbox"/> >			
TSH				

LBTESTCD (2.) LBCAT (\$100.)

HEMATOLOGIE	Valeur	Unité	Autre date de prélèvement	
Hémoglobine	LBTEST (\$100.) LBORRES (Best12.)	LBORRESU (A05011_)	LBDAT2 (\$10.)	LBDAT2_D (ddmmyy10.)
Leucocytes				
Neutrophiles				
Plaquettes				
TP				
TCA				
VS				
Protéine C-réactive	❶ <input type="checkbox"/> = LBSIGN ❷ <input type="checkbox"/> < (A01006_) ❸ <input type="checkbox"/> >			

SETESTCD (2.) SETEST (\$100.)

SERO

Sérologie si contexte clinique évocateur	Valeur	Autre date de prélèvement	
Sérologie Hépatite B	SEORRES (A01007_)	SEDAT2 (\$10.)	SEDAT2_D (ddmmyy10.)
- Antigène HBs	❶ <input type="checkbox"/> négatif(ve) ❷ <input type="checkbox"/> positif(ve)		
- Anticorps anti HBc	❶ <input type="checkbox"/> négatif(ve) ❷ <input type="checkbox"/> positif(ve)		
Sérologie Hépatite C			
- Anticorps anti HCV	❶ <input type="checkbox"/> négatif(ve) ❷ <input type="checkbox"/> positif(ve)		
Sérologie VIH	❶ <input type="checkbox"/> négatif(ve) ❷ <input type="checkbox"/> positif(ve)		
Sérologie syphilis			
- TPHA	❶ <input type="checkbox"/> négatif(ve) ❷ <input type="checkbox"/> positif(ve)		
- VDRL	❶ <input type="checkbox"/> négatif(ve) ❷ <input type="checkbox"/> positif(ve)		

IRM CEREBRALE

Suivis :

M0, M24, M48

ECHELLES IRM STANDARDISEES

IRM

SUIVI M

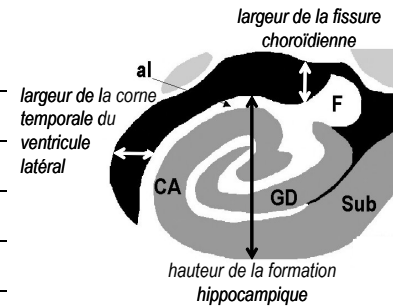
Date IRM :

IRMDAT (\$10.) IRMDAT_D (ddmmyy10.)

Complété par le CATI

ATROPHIE HIPPOCAMPIQUE

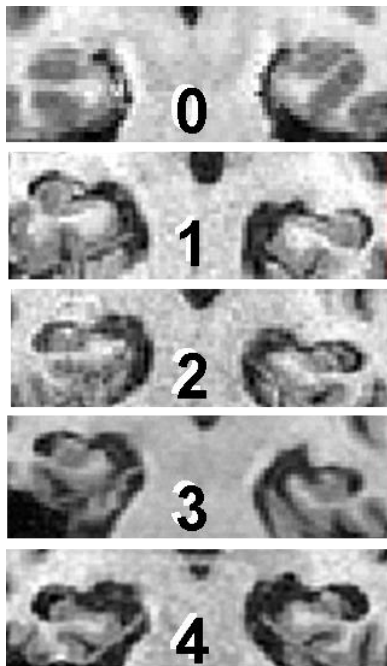
note	largeur de la fissure choroidienne	largeur de la corne temporale	hauteur de la formation hippocampique
0	N	N	N
1	↑	N	N
2	↑↑	↑	↓
3	↑↑↑	↑↑	↓↓
4	↑↑↑	↑↑↑	↓↓↓



Echelle de Scheltens et al, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 55. 1992

IRMATROHD (A10003_)

IRMATROHG (A10003_)



Droite

0 pas d'atrophie

1 atrophie possible

2 atrophie discrète

3 atrophie modérée

4 atrophie sévère

Gauche

0 pas d'atrophie

1 atrophie possible

2 atrophie discrète

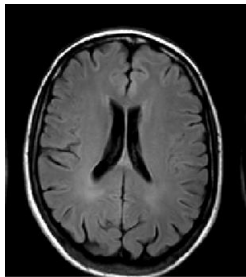
3 atrophie modérée

4 atrophie sévère

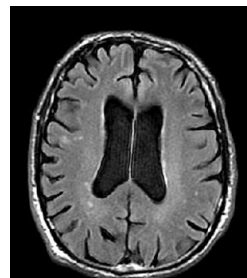
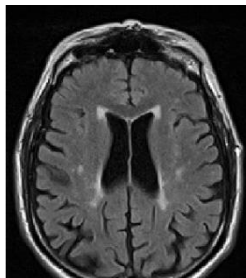
HYPERSIGNAUX DE LA SUBSTANCE BLANCHE

IRM

• Grade paraventriculaire :

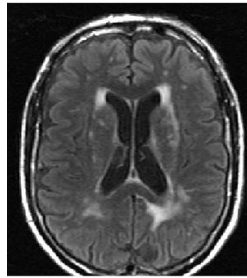


IRMPARAV (A10013_)

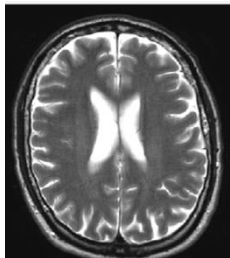
① pas d'anomalie② caps ou hypersignal fin
bordant les ventricules

NB : il ne faut pas compter les caps frontaux ni les hypersignaux autour des cornes occipitales

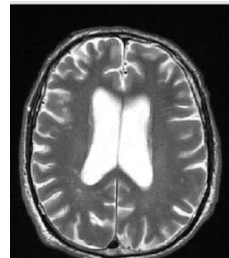
SAUF s'ils sont très importants ou très asymétriques

③ hypersignal paraventriculaire
étendu, bords réguliers④ hypersignaux à bords
irréguliers s'étendant dans la SB

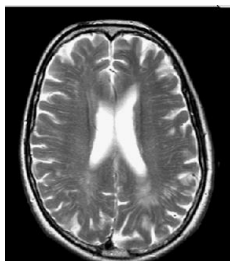
• Grade substance blanche profonde



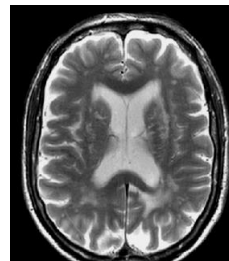
IRMSBP (A10010_)

① pas d'anomalie

NB : il faut avoir au moins 9 lésions (patchy) de plus de 3 mm OU une lésion de plus de 6 mm dans un axe (sinon c'est un grade 0 en profond)

② foyers ponctuels③ début de confluence des foyers

NB : il faut observer au moins une lésion mesurant plus de 9 mm sur 5 mm

④ larges plages confluentes

SUIVI PAR TELEPHONE

Suivis :

M06, M18, M30, M42, M54

SUIVI PAR TELEPHONE

QTEL

SUIVI M Date de l'appel:

QTDAT(\$10.) QTDAT_D (ddmmyy10.)

- Pour quelle(s) raison(s), le suivi est-il réalisé par téléphone :
 - Indisponibilité du participant non oui QTINDISPP (A01001_)
 - Choix du clinicien non oui QTCHOIXCL (A01001_)
 - Raisons médicales non oui QTRAISMED (A01001_)

↪ si oui, préciser :QTRMPREC (\$250.)

- Quel est l'état civil actuel du participant : QTCIVIL (A04009_)
 - célibataire
 - divorcé(e) / séparé(e)
 - veuf(ve) / décès du conjoint(e)
 - marié(e) / concubin(e)

- Le participant considère-t-il sa santé : QTSANTE (A09065_)
 - très bonne bonne moyenne mauvaise très mauvaise

- Le participant a-t-il eu un ou plusieurs événements de santé depuis la dernière visite (hospitalisation de plus de 24h, traumatisme crânien, hypertension artérielle diagnostiquée, dépression,...) :
 - non oui QTEVT (A01001_)
 - ↪ si oui, remplir fiche(s) EI et/ou EIG

- Le participant a-t-il initié, modifié ou arrêté la prise d'un (ou plusieurs) médicament(s) :
 - non oui QTMODIFTRT (A01001_)
 - ↪ si oui, remplir fiche(s) TRT

EQ-5D

« Veuillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui. »

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied **1**
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied **2** EQMOB (A09019)
- Je suis obligé(e) de rester alité(e) **3**

Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi **1**
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) **2** EQAUTO (A09020)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) **3**

Activités courantes (*exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes **1**
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes **2** EQACT (A09021)
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes **3**

Douleurs/gêne

- Je n'ai ni douleurs, ni gêne **1**
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) **2** EQPAIN (A09022)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) **3**

Anxiété/dépression

- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e) **1**
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) **2** EQANX (A09023)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e) **3**

© 1990 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

Un entretien avec un informant est-il possible lors de l'appel :

QTEL

 non oui QTENTINF (A01001_)

↪ si non, l'entretien est terminé

↪ si oui, il s'agit de : conjoint/concubin QTINFORM (A04025_)② enfant③ frère/soeur④ autre

↪ si autre, préciser : QTINFAUTD (\$100.)

↪ si oui, poser les questions suivantes à l'informant (pages ci-après)

Questionnaire AD-8 (entretien informant)

AD8

« Je vais maintenant vous lister plusieurs situations, et vous me direz si vous pensez qu'il y a eu un changement pour votre conjoint(e)/père/mère/voisin(e)/ami(e) (à adapter)

"Oui, il y a un changement" indique que vous pensez qu'il y a eu un changement ces derniers mois dû à des difficultés intellectuelles (mémoire, raisonnement) »

PROBLEMES DE JUGEMENT OU DE RAISONNEMENT (PAR EXEMPLE : MAUVAISE DECISION FINANCIERE, ACHATS DE CADEAUX INAPPROPRIES, VICTIME D'ESCROQUERIE) ADJUG (A09066_)

- ❶ Oui, il y a un changement
- ❷ Non, il n'y a pas de changement

PERTE D'INTERET POUR LES LOISIRS OU DES ACTIVITES ADPINT (A09066_)

- ❶ Oui, il y a un changement
- ❷ Non, il n'y a pas de changement

REPETITION DES MEMES QUESTIONS, HISTOIRES OU FAITS ADREPQ (A09066_)

- ❶ Oui, il y a un changement
- ❷ Non, il n'y a pas de changement

DIFFICULTES POUR APPRENDRE A UTILISER UN NOUVEL APPAREIL (MAGNETOSCOPE, ORDINATEUR, MICRO-ONDE, TELECOMMANDE)

- ❶ Oui, il y a un changement **ADNVAPP (A09066_)**
- ❷ Non, il n'y a pas de changement

ERREUR DANS LA DATE (JOUR, MOIS, ANNEE) ADERRDAT (A09066_)

- ❶ Oui, il y a un changement
- ❷ Non, il n'y a pas de changement

DIFFICULTES POUR GERER LES FINANCES COMPLIQUEES (CARNET DE CHEQUES, DECLARATION D'IMPOTS, PAYER FACTURES)

- ❶ Oui, il y a un changement **ADFINANC (A09066_)**
- ❷ Non, il n'y a pas de changement

DIFFICULTES POUR SE SOUVENIR DES RENDEZ-VOUS IMPORTANTS ADRDVIMP (A09066_)

- ❶ Oui, il y a un changement
- ❷ Non, il n'y a pas de changement

PROBLEMES CONSTANTS DE MEMOIRE ET/OU DE RAISONNEMENT ADMEMRAIS (A09066_)

- ❶ Oui, il y a un changement
- ❷ Non, il n'y a pas de changement

NPI-R**NPIR**

Merci de répondre aux questions qui vont suivre sur la base des changements intervenus depuis que votre **conjoint(e)/père/mère/voisin(e)/ami(e)** (à adapter) a commencé à présenter des signes de déficits de mémoire, d'attention ou de langage.

Pour chacun des symptômes, répondez s'il a été présent au cours des 4 dernières semaines. Si oui, indiquez la sévérité (**légère, moyenne, importante**) et le retentissement sur vous sur le plan émotionnel (**aucun, minimum, modéré, sévère, très sévère**).

Cocher "NA" si une question n'est pas applicable

A-IDEES DÉLIRANTES **NPDOM (A09047_)**

"Le participant/la participante croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses".

non (passer à la question suivante) oui NA **NPDOMON (A01001_)**

↳ **Si oui,** - Sévérité : légère moyenne importante **NPASEV (A09067_)**

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

NPARET (A09068_)

B-HALLUCINATIONS

"Le participant/la participante a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas "

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ **Si oui,** - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

C-AGITATION / AGRESSIVITÉ

"Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le participant/la participante refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?"

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ **Si oui,** - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

D- DYSPHORIE/DEPRESSION

"Le participant/la participante semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ?"

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ **Si oui,** - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

E-ANXIETE

"Le participant/la participante est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ?"

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ **Si oui,** - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

F-EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

"Le participant/la participante semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le participant/la participante présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ?"

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ **Si oui,** - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

G-APATHIE / INDIFFERENCE NPDOM (A09047_)

"Le participant/la participante semble-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ?"

non (passer à la question suivante) oui NA NPDOMON (A01001_)

↳ Si oui, - Sévérité : légère moyenne importante NPASEV (A09067_)

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

NPARET (A09068_)

H-DESINHIBITION

"Le participant/la participante semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ?"

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ Si oui, - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

I-IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

"Le participant/la participante est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ?"

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ Si oui, - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

J-COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

"Le participant/la participante fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets?"

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ Si oui, - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

K-SOMMEIL

"Est-ce que le participant/la participante a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ?"

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ Si oui, - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

L-APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

"Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le participant est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ?"

non (passer à la question suivante) oui NA

↳ Si oui, - Sévérité : légère moyenne importante

- Retentissement : aucun minimum modéré sévère très sévère

FICHE CONTACT INFORMANT

Pour les participants perdus de vue

FICHE CONTACT INFORMANT

COINF

COINFDAT (\$10.) COINFDAT_D (ddmmyy10.)

Date du contact:

- Conditions du contact : au CMRR par téléphone COINFCOND (A09070_)
- Lien de l'informant avec le participant :
 - conjoint-e COINFLIEN (A04028_)
 - ascendant / descendant
 - autre membre de la famille
 - aidant professionnel (infirmier(ère), aide-soignant(e),...)
 - autre COINFSTAT (A07017_)
- Statut vital du participant : Vivant Décédé, (Si Décédé, veuillez remplir la fiche DECES)
 - ↳ Préciser date du décès
 - COINFDCDAT (\$10.) COINFDCDAT_D (ddmmyy10.)
- Le participant vit-il/a-t-il vécu en institution médicalisée : non oui COINFIMED (A01001_)
 - ↳ Si oui préciser date d'institutionnalisation
 - COINFIMEDDAT (\$10.) COINFIMEDDAT_D (ddmmyy10.)
- **Vous allez maintenant poser quelques questions à l'informant.**

« Je vais maintenant vous lister plusieurs situations, et vous me direz si vous pensez qu'il y a eu un changement pour *votre conjoint(e)/père/mère/voisin(e)/ami(e)/Mr XXX/Mme YYY* (à adapter)
 "Oui, il y a un changement" indique que vous pensez qu'il y a eu un changement ces derniers mois dû à des difficultés intellectuelles (mémoire, raisonnement) »

	<input checked="" type="radio"/> Oui, il y a un changement	<input type="radio"/> Non, il n'y a pas de changement
Problèmes de jugement ou de raisonnement (par ex. mauvaise décision financière, achats de cadeaux inappropriés, victime d'escroquerie)	COINFJUG	(A09066_)
Perte d'intérêt pour les loisirs ou des activités	COINFPINT	
Répétition des mêmes questions, histoires ou faits	COINFREPQ	
Difficultés pour apprendre à utiliser un nouvel appareil (magnétoscope, ordinateur, micro-onde, télécommande)	COINFNVAPP	
Erreur dans la date (jour, mois, année)	COINFERRDAT	
Difficultés pour gérer les finances compliquées (carnets de chèques, déclaration d'impôts, payer factures)	COINFFINANC	
Difficultés pour se souvenir des rendez-vous importants	COINFRDVIMP	
Problèmes constants de mémoire et/ou de raisonnement	COINFMEMRAIS	

FICHE CONTACT MEDECIN

Pour les participants perdus de vue

FICHE CONTACT MEDECIN

COMEDDAT (\$10.) COMEDDAT_D (ddmmyy10.)

Date du contact :

- Modalités du contact : par téléphone par courriel COMEDCONT (A09073_)
- Médecin contacté : COMEDTYPCONT (A09071_)
 - médecin généraliste référent
 - médecin EHPAD
 - médecin spécialiste COMEDTYPspe (A09072_)
 - ↳ si oui, précisez neurologue gériatre autre (A09072_)
- Statut vital du participant : Vivant Décédé, (Si Décédé, veuillez remplir la fiche DECES)
 - ↳ Préciser date du décès
 - COMEDDCDAT (\$10.) COMEDDCDAT_D (ddmmyy10.)
- Le participant vit-il/a-t-il vécu en institution médicalisée : non oui COMEDIMED (A01001_)
 - ↳ Préciser date d'institutionnalisation
 - COMEDIMEDDAT (\$10.) COMEDIMEDDAT_D (ddmmyy10.)
- Diagnostic cognitif : pas de démence démence COMEDDIAGCOG (A09057_)
 - ↳ Préciser date du diagnostic

Etiologie :

(A01001_)

- | | | | | |
|------------|---|---|---------------------------|---------------------------|
| COMEDALZ | ✓ | Maladie d'Alzheimer (critères NINCDS-ADRDA) | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui |
| COMEDDVASC | ✓ | Démence vasculaire | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui |
| COMEDDMIXT | ✓ | Démence mixte | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui |
| COMEDDFRT | ✓ | Démence fronto-temporale | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui |
| COMEDDPARK | ✓ | Démence due à maladie de Parkinson | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui |
| COMEDDLEWY | ✓ | Démence à corps de Lewy | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui |
| COMEDDOTH | ✓ | Autre type de démence | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui |
| | ↳ | si oui, Précisez COMEDDOTHPREC (\$254.) | | |
| COMEDDNCL | ✓ | Démence impossible à classer (démence sans précision) | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui |

NB : Merci de collecter tout compte rendu médical documentant la démence, le décès ou tout autre évènement indésirable.