

MEMENTO

Memento Plus Classeur d'observation annoté

Version Mai 2022



Inserm CIC-1401
Module Epidémiologie Clinique

SOMMAIRE

LEGENDE	3
PAGE D'ACCUEIL MEMENTO PLUS	4
INCLUSION MEMENTO PLUS	6
LIEU DE VIE –EVENEMENTS DE VIE	8
EVALUATION DES PLAINTES - MMSE	10
TESTS NEURO PSYCHOLOGIQUES.....	12
COGTEL.....	17
NPI.....	23
IADL - ADL	25
CDR – EQ5D	27
EVENEMENTS MAJEURS DE SANTE.....	29
TRAITEMENTS.....	31
EXAMEN CLINIQUE.....	33
SCORE DE HACHINSKI MODIFIE	35
ECHELLE DE DYSFONCTIONNEMENT FRONTAL LEBER ET PASQUIER	37
CRITERES DE MCKEITH	39
MALADIE A CORPS DE LEWY	41
PONCTION LOMBAIRE.....	48
TEP AMYLOIDE	50
PROTOCOLES PARALLELES	52
DECES	54
CONTACT TELEPHONIQUE.....	56

LEGENDE

Légende des annotations

STVISDAT_D	Nom de la variable
(ddmmyy10.)	Format de la variable (numérique, librairie (AXXXXX_), texte, date, heure)
STIVIS	Nom de table format "long"
INCL	Nom de table format "wide"

PAGE D'ACCUEIL MEMENTO PLUS

INCLUSION MEMENTO PLUS

LIEU DE VIE – EVENEMENTS DE VIE

Lieu de vie

SOCIO

- Le participant vit seul : 0 non 1 oui **SOCVITSEUL (A01001_)**
 - Dans quel type de logement vit le participant : **SOCLOGMENT (A04029_)**
 - 1 logement propre ou hébergé par famille/proche
 - 2 logement collectif non médicalisé (par ex. résidence pour personnes âgées)
 - 3 logement collectif médicalisé (par ex. EHPAD)
- ↳ Si logement collectif, préciser date d'entrée :
- SOCDATLOGMENT (\$10.) SOCDATLOGMENT_D (ddmmyy10.)**

Evènements majeurs de vie

EV

Non fait **EVNF (A01001_)**

EVCATCD (\$1.) (= 'A', 'B'...) **EVCAT (\$100.)**
EVVIECD (2.) (= '1', '3'...) **EVVIE (\$100.)**

NIVEAUX DE RETENTISSEMENT

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 0 : Pas de retentissement | 1 : Retentissement « Minime » |
| 2 : Retentissement « Léger » | 3 : Retentissement « Modéré » |
| 4 : Retentissement « Sévère » | 5 : Retentissement « Très sévère » |

EVRETEN (A01001_)

EVNIVRET (A09030_)

- ✓ Décès du conjoint 0 non 1 oui, préciser le retentissement 0 1 2 3 4 5
- ✓ Interruption de la vie conjugale
(par exemple, hospitalisation du conjoint ...)
- ✓ Décès d'un membre de la famille / ami proche
- ✓ Accident ou maladie grave dans la famille
- Maladie ou blessure grave (fracture du col du fémur ...) nécessitant ou non un traitement à l'hôpital
- ✓ Accident (chute, accident de la voie publique)
- ✓ Déménagement

EVALUATION DES PLAINTES - MMSE

EAV

Evaluation des plaintes Non fait EAVNF (A01001_)*0 correspond au sentiment de ne ressentir aucune gêne.**10 correspond au sentiment de ressentir un niveau de gêne maximum.*

- Forme physique / 10 EAVFPHYS (best8.)
- Attention / 10 EAVATT (best8.)
- Mémoire / 10 EAVMEM (best8.)
- Langage / 10 EAVLANG (best8.)
- Moral / 10 EAVMOR (best8.)
- Etat de santé général / 10 EAVETSG (best8.)
- Eventuels stress de vie / 10 EAVSTRES (best8.)
- Organes des sens / 10 EAVORGEN (best8.)

MMSE

TNPTTEST (\$100.)

TNP

 Non fait TNPREAL (A01001_)

MMSE

Liste utilisée :

- ❶ Cigare, Fleur, Porte
- ❷ Citron, Clé, Ballon
- ❸ Fauteuil, Tulipe, Canard

MMSLIST (A09074_)

Score total : / 30 MMSSCTOT (2.)

TESTS NEURO PSYCHOLOGIQUES

Tests Neuropsychologiques

Réalisation des tests neuropsychologiques : **TNP**

TNPTYPREAL

(A01020_)

Sur site

Par téléphone : CogTel

Non fait

Si tests neuropsychologiques réalisés un autre jour que la visite clinique du <date de suivi>;
merci de cocher la case

Date de passation des tests : |_|_|_|||_|_|_| |_|_|_|_|_|



*<nom_table> *<nom_table>DAT (\$10.)

*<nom_table>DAT_D (ddmmyy10.)

Tests neuropsychologiques

Ordre de passation conseillé (les tests en bleu sont optionnels)

TNP **TNPTEST** (\$100.)

TNPREAL (A01004_)

- Fluence verbale - Lettre P (2') : non fait fait

FLU Nombre total de mots produits : _____ **FLUMOTS** (2.)

Nombre de répétitions : _____ **FLUNBREP** (2.)

Nombre d'intrusions : _____ **FLUNBINTR** (2.)

Score final* : _____ **FLUSCF** (2.)

* Score final ≠ Mots produits – répétitions – intrusions. Se référer au cahier d'instruction pour les détails de la cotation.

- DMS 48 - reconnaissance immédiate :** non fait fait

DMS Nombre de bonnes réponses : _____ /48 **DMSIMSC** (2.)

- RL/RI 16 : non fait fait

RIMDLIST (A09076_)

RLRI_IMD Liste utilisée : liste principale liste parallèle liste tierce

RIMDRAPCAT (\$100.)

RIMDREPOK (2.)

Réponses correctes

RLRI_SC Score total (RL+RI)

RLRI_IMD **RIMDFAUX** (2.) Faux

RIMDDBL (2.) Doubles

	Rappel 1		Rappel 2		Rappel 3	
RIM	RL1	RI1	RL2	RI2	RL3	RI3
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	RISCTOTIM1 (2.)		RISCTOTIM2 (2.)		RISCTOTIM3 (2.)	
_____	_____		_____		_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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

Total scores totaux : (RL1+RI1 + RL2+RI2 + RL3+RI3) : _____ /48 **RISCTOTIM** (2.)

Reconnaitances correctes : _____ /16 **RISCRECCORR** (2.)

Acceptation de distracteurs neutres : _____ /16 **RIDISNEU** (2.)

- Batterie brève d'évaluation des praxies : non fait fait

PRAX Gestes symboliques : □ □ /5 PRAXSYMB (1.)
 Mimes d'action : □ □ /10 PRAXMIMA (2.)
 Gestes abstraits : □ □ /8 PRAXABS (1.)

- Trail Making Test A : non fait fait TMTTEST (100\$.)

TMT Temps total de passation : □ □ □ □ secondes TMTTMS (3.)
 Bons déplacements : □ □ □ TMTBDEP (2.)
 Erreurs autocorrigées : □ □ □ TMTERAUTC (2.)
 Erreurs non corrigées : □ □ □ TMTERNONC (2.)

- Trail Making Test B : non fait fait

Temps total de passation : □ □ □ □ secondes
 Bons déplacements : □ □ □
 Erreurs autocorrigées : □ □ □
 Erreurs non corrigées : □ □ □
 Erreurs persévératives : □ □ □ TMTERPERS (2.)

EMCAT(100\$.)

- Empan numérique : non fait fait EMSOMSCDI (2.)

EMP Total ordre direct+inverse : □ □ □ EMSOMSCDI (2.)
 Note standard : □ □ □ /20 EMNSTD (2.)

- Figure de Rey - Copie : non fait fait

REY Temps : □ □ □ □ secondes REYCOPTMS (3.)
 Score : □ □ □ , □ □ /36 REYCOPSC (best8.)

- RL/RI 16 Rappel différé (à 20min) : non fait fait

RLRI_SC

Rappel différé	
RLD	RID
□ □ □	□ □ □
□ □ □ RISCTOTD (2.)	
□ □ □	□ □ □
□ □ □	□ □ □

Réponses correctes

Score total (RL+RI)

Faux

Doubles

Centre Participant Code lettres
_ _ _ _ _ _ _ _ BREF
_ _ _ _

Tests Neuropsychologiques

TNP
Version 4.0 02/03/2021

REY

- Figure de Rey - à 3min : Non fait Fait
- Temps : _ _ _ _ secondes REYMEM3TPS (3.)
- Score : _ _ _ , _ _ /36 REYMEM3SC (best8.)

BREF

- BREF : Non fait Fait
- Similitudes : _ _ /3 BRSIMIL (A09035_)
- Fluence littérale : _ _ /3 BRFLITT (A09035_)
- Séries motrices : _ _ /3 BRSMOTR (A09035_)
- Consignes contradictoires : _ _ /3 BRCCONTR (A09035_)
- Go-no-go : _ _ /3 BRGONGO (A09035_)
- Comportement de préhension : _ _ /3 BRCPREH (A09035_)
- Score total : _ _ _ /18 BRSCOT (2.)

FLU

- Fluence verbale - Animaux (2') : Non fait Fait
- Nombre total de mots produits : _ _ _ _ FLUMOTS (2.)
- Nombre de répétitions : (100\$.) _ _ _ _ FLUNBREP (2.)
- Nombre d'intrusions : _ _ _ _ FLUNBINTR (2.)
- Score final : _ _ _ _ FLUSCF (2.)

* Score final ≠ Mots produits – répétitions – intrusions. Se référer au cahier d'instruction pour les détails de la cotation.

DMS

- DMS 48 différé (1h) : Non fait Fait
- Nombre de bonnes réponses : _ _ _ _ /48 DMSDIFSC (2.)

DO

- DO 80 : Non fait Fait
- Temps : _ _ _ _ secondes DOTMPS (3.)
- Score : _ _ _ /80 DOSCORT (2.)

EMP EMCAT (100\$.)

- Empan visuo-spatial : Non fait Fait
- Total ordre direct+inverse : _ _ _ _
- Note standard : _ _ _ _ /20

REY

- Figure de Rey - à 30min : Non fait Fait
- Temps : _ _ _ _ secondes REYMEM30TPS (3.)
- Score : _ _ _ , _ _ /36 REYMEM30SC (best8.)

COGTEL

COG

COGSTH (\$5.; hh:mm) Heure de début : |_|_|_|_|:|_|_|_|_|

1. Mémoire prospective

COGCONSMP (A01001_)

La consigne a-t-elle été lue deux fois ?

 non oui**2. Paires de mots - rappel immédiat**

COGCONSRI (A01001_)

La consigne a-t-elle été lue deux fois ?

 non oui

Mots	Evaluation		
COGEVALRIFRU (A99077_) Fruit	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Pas de réponse	<input type="radio"/> Correct
COGEVALRIOBE (A99077_) Obéissance	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Pas de réponse	<input type="radio"/> Correct
COGEVALRIROS (A99077_) Rose	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Pas de réponse	<input type="radio"/> Correct
COGEVALRICRI (A99077_) Cri	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Pas de réponse	<input type="radio"/> Correct
COGEVALRISAL (A99077_) Salade	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Pas de réponse	<input type="radio"/> Correct
COGEVALRIMET (A99077_) Métal	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Pas de réponse	<input type="radio"/> Correct
COGEVALRIECO (A99077_) École	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Pas de réponse	<input type="radio"/> Correct
COGEVALRIFOU (A99077_) Foule	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Pas de réponse	<input type="radio"/> Correct

3. Séries de chiffres à rebours

COGCONSREB (A01001_)

La consigne a-t-elle été lue deux fois ? non oui

	Evaluation			Evaluation	
COGEVALREB11 (A99078_) 5 - 1	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct	COGEVALREB12 (A99078_) 3 - 8	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALREB21 (A99078_) 4 - 9 - 3	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct	COGEVALREB22 (A99078_) 5 - 2 - 6	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALREB31 (A99078_) 3 - 8 - 1 - 4	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct	COGEVALREB32 (A99078_) 1 - 6 - 9 - 5	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALREB41 (A99078_) 6 - 2 - 9 - 5 - 2	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct	COGEVALREB42 (A99078_) 4 - 8 - 5 - 2 - 6	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALREB51 (A99078_) 9 - 1 - 5 - 2 - 8 - 6	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct	COGEVALREB52 (A99078_) 8 - 3 - 1 - 9 - 6 - 4	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALREB61 (A99078_) 4 - 5 - 3 - 9 - 1 - 2 - 8	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct	COGEVALREB62 (A99078_) 8 - 1 - 2 - 9 - 3 - 6 - 5	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct

4. Fluence verbale

a) Mots qui commencent avec A :

COGCONSFLUA (A01001_)

La consigne a-t-elle été lue deux fois ? non oui

Nombre des mots (qui commencent avec A) :

_____ COGFLUATOT (2.)

Nombre de mots qui sont écrits plusieurs fois (qui commencent avec A) :

_____ COGFLUAPLUS (2.)

Nombre de noms et noms propres (qui commencent avec A) :

_____ COGFLUAPROPRE(2.)

b) Professions :

La consigne a-t-elle été lue deux fois ?

 non oui COGCONSFLUPRO (A01001_)

L'année de naissance a-t-elle été dite ?

 non oui COGDOBPRO (A01001_)

Nombre de professions :

|_|_|_| COGFLUPROTOT (2.)

Nombre de professions qui sont écrit plusieurs fois / modifiées :

|_|_|_| COGFLUPROPLUS (2.)

c) Rappel ; année de naissance :

L'année de naissance a-t-elle été dite maintenant ?

 non oui COGDOBRAP (A01001_)**5. Continuer des séries de chiffres**

COGCONSCH (A01001_)

La consigne a-t-elle été lue deux fois ?

 non oui

	Evaluation	
COGEVALSERIE1 (A99078_) 3 - 6 - 9 - 12 - 15 -	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALSERIE2 (A99078_) 2 - 5 - 8 - 11 - 14 -	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALSERIE3 (A99078_) 8 - 10 - 13 - 17 - 22 -	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALSERIE4 (A99078_) 10 - 2 - 11 - 4 - 12 -	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALSERIE5 (A99078_) 21 - 20 - 18 - 15 - 11 -	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALSERIE6 (A99078_) 25 - 13 - 27 - 16 - 29 -	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALSERIE7 (A99078_) 2 - 4 - 7 - 11 - 16 -	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct
COGEVALSERIE8 (A99078_) 63 - 91 - 65 - 94 - 67 -	<input type="radio"/> Faux	<input type="radio"/> Correct

Centre Participant Code lettres

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

CogTel A Français

COGTEL

Version 1.0 02/03/2021

COGENH (\$5.; hh:mm)

Heure fin : |_|_|_|_|:|_|_|_|_|

Y a-t-il des indications concernant une mauvaise audition ? **COGAUDITION** (A01001_) non
 oui

Le français est-il la langue maternelle ? **COGFRAMAT** (A01001_) non
 oui

Le test a-t-il pu se passer sans interruption/dérangement ? **COGINTERRUPT** (A01001_) non oui

Autres remarques : **COGAUTREM** (A01001_) non oui

COGAUTREMTXT (\$3900.)

NPI

Dysphorie / Dépression (NPI-C) Non fait NPICNF (A01001_)Si NPI-C réalisé un autre jour que la visite clinique du <date de suivi> ; merci de cocher la case

Date de passation: |_|_|||_|_|| |_|_|_|_|_| NPDAT (\$10.) NPDAT_D (ddmmyy10.)

NPDOM(\$10.) = "D" NPICLTOT(2.)

Gravité selon le clinicien : Score total |_|_| / 39 (somme des 13 items cotés de 0 à 3)

NPI-R NPIRNF (A01001_) Non faitSi NPI-R réalisé un autre jour que la visite clinique du <date de suivi> ; merci de cocher la case

Date de passation: |_|_|||_|_|| |_|_|_|_|_| NPCIRDAT (\$10.) NPCIRDAT_D (ddmmyy10.)

- Lien de l'informant avec le participant NPIRLIENPAR (A04028_)
 - ① conjoint-e ② ascendant / descendant ③ autre membre de la famille
 - ④ aidant professionnel (infirmier(ère), aide-soignant(e),....) ⑤ autre
- Type de relation avec le participant
 - ① très proche/prodigue des soins quotidiens ② proche/s'occupe souvent du participant
 - ③ pas très proche/donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le participant

NPQDOMON (A01001) NPASEV(A09067_) NPARET (A09068)

- Items NPDOM (A09047_)

Items	Présence	Gravité	Retentissement
A. Idées délirantes	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
B. Hallucinations	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
C. Agitation / agressivité	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
D. Dysphorie / dépression	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
E. Anxiété	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
F. Exaltation de l'humeur / euphorie	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
G. Apathie / indifférence	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
H. Désinhibition	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
I. Irritabilité / instabilité de l'humeur	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
J. Comportement moteur aberrant	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
K. Sommeil	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
L. Appétit / troubles de l'appétit	① <input type="checkbox"/> non ① <input type="checkbox"/> oui ② <input type="checkbox"/> NA	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>

IADL - ADL

IADL

IADL

Non fait

IADLNF (A01001_)

- Utiliser le téléphone 1 2 3 4 NA IADLTEL (A09050_)
- Faire des courses 1 2 3 4 NA IADLCOURS (A09050_)
- Préparer des repas 1 2 3 4 NA IADLREPAS (A09050_)
- Faire le ménage 1 2 3 4 NA IADLMEN (A09050_)
- Faire la lessive 1 2 3 4 NA IADLLESS (A09050_)
- Utiliser les transports 1 2 3 4 NA IADLTRSP (A09050_)
- Prendre des médicaments 1 2 3 4 NA IALDMED (A09050_)
- Gérer ses finances 1 2 3 4 NA IADLFIN (A09050_)
- Bricoler et entretenir la maison 1 2 3 4 NA IADLBRIC (A09050_)

ADL

ADL

Non fait

ADLNF (A01001_)

Rempli par le participant aidé d'un proche : 0 non 1 oui ADLREMP (A01001_)

- Se laver 1 2 3 4 ADLLAV (A09050_)
- S'habiller 1 2 3 4 ADLHAB (A09050_)
- Transfert et déplacements 1 2 3 4 ADLDEPLA (A09050_)
- Aller aux toilettes 1 2 3 4 ADLTOIL (A09050_)
- Continence 1 2 3 4 ADLCONT (A09050_)
- Manger 1 2 3 4 ADLMANG (A09050_)

CDR – EQ5D

Centre Participant Code lettres

____|____|____|____|____|____|

CDR – EQ5D

CDR_EQ5D

Version 3.0 06/03/2020

CDR

CDR

Non fait CDRNF (A01001_)

Si CDR réalisée un autre jour que la visite clinique du <date de suivi>; merci de cocher la case

Date de passation: ____|____|____|____|____|____|

CDRDAT(\$10) CDRDAT_D (ddmmyy10.)

Evaluation clinique de la démence (CDR)	0	0,5	1	2	3	
Mémoire	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	CDRMEM(A09026_)
Orientation	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	CDRORIENT(A09026_)
Jugement / Résolution de problèmes	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	CDRRPROB(A09026_)
Activités sociales	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	CDRACTSO(A09026_)
Domicile et loisirs	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	CDRDOMLOI(A09026_)
Soins personnels	0 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	CDRCHAR (A09026_)

• 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

EQ5D

EuroQol EQ-5D

Non fait EQ5DNF(A01001_)

- Mobilité EQMOB(A09019_)
- Autonomie de la personne EQAUTO(A09020_)
- Activités courantes EQACT(A09021_)
- Douleurs/gêne EQPAIN(A09022_)
- Anxiété/dépression EQANX(A09023_)

• Etat de santé aujourd'hui ____|____|____|____|____|____| /100 EQSCHE (best8.)

EVSA

Événements majeurs de santé

Depuis la dernière venue au CMRR, le participant a-t-il été diagnostiqué pour les pathologies suivantes :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSAHTA (A01001_) | EVSAHTADAT (\$10.) EVSAHTADAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie/dyslipidémie : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSAHCHOL (A01001_) | EVSAHCHOLDAT (\$10.) EVSAHCHOLDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSAFA (A01001_) | EVSAFADAT (\$10.) EVSAFADAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Coronaropathie : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSACOR (A01001_) | EVSACORDAT (\$10.) EVSACORDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSAICAR (A01001_) | EVSAICARDAT (\$10.) EVSAICARDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Artériopathie des membres inférieurs : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSAAMI (A01001_) | EVSAAMIDAT (\$10.) EVSAAMIDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSAAP (A01001_) | EVSAAPDAT (\$10.) EVSAAPDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSAIM (A01001_) | EVSAIMDAT (\$10.) EVSAIMDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Accident Vasculaire Cérébral (AVC) : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSAAVC (A01001_) | EVSAAVCDAT (\$10.) EVSAAVCDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Accident Ischémique Transitoire (AIT) : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSAAIT (A01001_) | EVSAAITDAT (\$10.) EVSAAITDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Dépression traitée ou suivie : | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| EVSADEP (A01001_) | EVSADEPDAT (\$10.) EVSADEPDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Cancer : EVSACAN (A01001_) | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | EVSAACANDAT (\$10.) EVSAACANDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien : EVSATC (A01001_) | date _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | EVSATCDAT (\$10.) EVSATCDAT_D (ddmmyy10.) |
| <input type="checkbox"/> Aucune de ces pathologies EVSANO (A01001_) | |

TRAITEMENTS

EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique

EXAMC

ECTESTCD(2.) ECORRES ECORRESU

• Poids : |_|_|_|_| (kg) ^(best8.) (\$100.) ① mesuré ② déclaré ECTYPMES (A01008_)

ECTEST (\$100.)

• Pression artérielle (en position assise, avec 2 minutes de repos entre chaque mesure) :

Mesure 1 : |_|_|_|_| / |_|_|_|_| mm Hg

Mesure 2 : |_|_|_|_| / |_|_|_|_| mm Hg

Mesure 3 : |_|_|_|_| / |_|_|_|_| mm Hg

EXAM

• Examen neurologique : ① anormal ② normal EXNEURO (A05002_)

↳ si anormal, préciser : EXOTHERP (\$100.)

• Diagnostic cognitif du médecin (critères DSM-IV-TR) : ① pas de démence ② démence

SYNTH SYSDIAGCOG (A09057_)

Si participant dément à cette visite ou si étiologie de la démence modifiée, compléter la partie suivanteDate du diagnostic de démence SYDIAGDAT (\$10.) SYDIAGDAT_D (ddmmyy10.)
|_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

↳ Si démence, préciser le type :

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| ✓ | Maladie d'Alzheimer (critères NINCDS-ADRDA) | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | SYALZ (A01001_) |
| ✓ | Démence vasculaire | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | SYDEMVASC (A01001_) |
| ✓ | Démence mixte | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | SYDEMMIXT (A01001_) |
| ✓ | Démence fronto-temporale | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | SYDEMFRT (A01001_) |
| ✓ | Démence due à maladie de Parkinson | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | SYDEMPARK (A01001_) |
| ✓ | Démence à corps de Lewy | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | SYDEMLEWY (A01001_) |
| ✓ | Autre type de démence | ① <input type="checkbox"/> non | ② <input type="checkbox"/> oui | SYDEMOTH (A01001_) |

↳ si oui, préciser SYDEMOTHPREC (\$100.; MEDDRA)

✓ Démence impossible à classer (démence sans précision) ① non ② oui SYDEMNCL (A01001_)**→ Compléter le score de Hachinski modifié, l'échelle de dysfonctionnement frontal Lebert et Pasquier et les critères de McKeith**

SCORE DE HACHINSKI MODIFIE

SCHAC

- Score de Hachinski modifié (Pour chaque item, noter si présent ou absent) :

✓ Début brutal	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCDEBBR (A01005_)
✓ Détérioration par paliers	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHDETPAL (A01005_)
✓ Evolution fluctuante	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHEVFLU (A01005_)
✓ Confusion nocturne	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHEVCONFN (A01005_)
✓ Préservation relative de la personnalité	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHPRPERS (A01005_)
✓ Dépression	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHDEPRES (A01005_)
✓ Plaintes somatiques	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHPLSOMAT (A01005_)
✓ Labilité émotionnelle	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHLABEMO (A01005_)
✓ Hypertension artérielle	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHHYPART (A01005_)
✓ Antécédents d'AVC	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHATCDAVC (A01005_)
✓ Symptôme neurologique focal	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHSYMPNF (A01005_)
✓ Signe neurologique focal	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHSIGNNF (A01005_)
✓ Signe d'artériosclérose	<input type="radio"/> absent	<input checked="" type="radio"/> présent	SCHSIGNARTSC (A01005_)

ECHELLE DE DYSFONCTIONNEMENT FRONTAL LEBER ET PASQUIER

ELP

- Echelle de dysfonctionnement frontal de Lebert et Pasquier (Noter oui si au moins 1 symptôme est présent dans la catégorie) :

Troubles du self-control :

ELPTRSC (A01001_)

 non oui

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

Négligence physique portant sur :

ELPNEGLPH (A01001_)

 non oui

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

Trouble de l'humeur :

ELPTRHUM (A01001_)

 non oui

- tristesse apparente
- hyperémotivité
- indifférence affective
- exaltation

Manifestation d'une baisse d'intérêt

ELPBAISINT(A01001_)

 non oui

- assoupissement diurne
- désintérêt social
- apathie
- persévération idéique

CRITERES DE MCKEITH

MCK

• Critères de McKeith :

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| ✓ Déclin cognitif progressif suffisamment important pour interférer avec un fonctionnement social ou occupationnel normal | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKDECLCOG (A01001_) | |
| ✓ Atteinte cognitive fluctuante avec variations prononcées de l'attention et de la vigilance | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKATTCOGF (A01001_) | |
| ✓ Hallucinations visuelles récurrentes, qui sont typiquement bien formées et détaillées | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKHALVISR (A01001_) | |
| ✓ Signes moteurs spontanés de Parkinsonisme | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKSIMOTP (A01001_) | |
| ✓ Chutes répétées | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKCHUTR (A01001_) | |
| ✓ Syncopes | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKSYNCOP (A01001_) | |
| ✓ Pertes de connaissance transitoires | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKPERTCOT (A01001_) | |
| ✓ Sensibilité aux neuroleptiques | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKSENSNRL (A01001_) | |
| ✓ Illusions systématisées | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKILLSYST (A01001_) | |
| ✓ Hallucinations d'autre type | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKHALLAUT (A01001_) | |
| ✓ Maladie cérébrovasculaire évidente comme des signes neurologiques focaux ou l'imagerie cérébrale. | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKMALCBV (A01001_) | |
| ✓ 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. | 0 <input type="checkbox"/> non | 1 <input type="checkbox"/> oui |
| | MKPREEXAM (A01001_) | |

MALADIE A CORPS DE LEWY

Maladie à corps de LewyMCL Non fait MCLNF (A01001_)**MCLQ**Accompagnant présent : non oui MCLACC(A01001_)**MCL**

• VOSP

Test discrimination Score total : |_|_| MCLDISTOT (2.)

Test localisation de chiffres Score total : |_|_| MCLCHITOT (2.)

Test lettres fragmentées Score total : |_|_| MCLFRATOT (2.)

MCLQ

• Troubles du comportement en sommeil paradoxal : MCLQDOM (\$254.)

	Participant	Accompagnant
MCLQTEST (\$254.)	MCLQORRESP (bes8.)	MCLQORRESA (best8.)
Bougez-vous pendant votre sommeil ?	<input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous fréquemment des cauchemars ou des nuits agitées ?	<input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas	<input type="radio"/> non <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas	<input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> ne sait pas

MCL

- Symptômes du syndrome parkinsonien :

✓ Expression faciale : **MCLSYPKEXFA**(A14001_)

❶ normale

❷ hypomimie légère, semble avoir un visage normalement impassible

❸ diminution légère mais franchement anormale de l'expression faciale

❹ hypomimie modérée : lèvres souvent entrouvertes

❺ masque facial ou faciès figé avec perte importante ou totale de l'expression faciale : lèvres entrouvertes (0.6 cm ou plus)

✓ Rigidité : **MCLSYPKRIGI** (A14002_)

❶ absente

❷ minime ou apparaissant lors des manœuvres de sensibilisation

❸ légère ou modérée

❹ marquée, mais la plupart des mouvements peuvent être effectués aisément

❺ sévère, les mouvements sont effectués difficilement

✓ Bradykinésie corporelle et hypokinésie : **MCLSYPKBRADY** (A14003_)

❶ aucune

❷ lenteur minime, donnant aux mouvements un caractère délibéré, pourrait être normal pour certaines personnes. Possibilité d'une réaction d'amplitude.

❸ degré léger de lenteur et de pauvreté du mouvement qui est nettement anormal. De plus il existe une certaine réduction d'amplitude.

❹ lenteur modérée, pauvreté et petite amplitude du mouvement

❺ lenteur marquée, pauvreté et petite amplitude du mouvement

✓ Chute non liée au piétinement : ❶ non ❷ oui **MCLSYPKCHUTE** (A01001_)

↳ si oui, fréquence : ❶ une fois par mois

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

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

❹ au moins une fois par jour

MCLSYPKCHUTEF (A08023_)

MCLQ

• Hallucinations :

MCLQDOM (\$254.)

MCLQTEST (\$254.)

	Participant MCLQORRESP	Accompagnant MCLQORRESA
✓ 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 ?	(best8.) <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	(best8.) <input type="radio"/> non <input type="radio"/> 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 ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
✓ Hallucination olfactive /gustative Vous est-il arrivé-t-il de sentir (odorat ou goût) des choses que les autres ne sentaient pas ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> 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 ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> 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 ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> 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 ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui

• Fluctuations :

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

MCL

- Echelle « clinician assessment of fluctuation »

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).

① non ① oui ② ne sait pas MCLCAFVIGI (A01011_)

2. Le niveau de confusion du participant a-t-il tendance à varier beaucoup d'un jour ou d'une semaine à l'autre ? Le participant 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).

① non ① oui ② ne sait pas MCLCAFCONFU (A01011_)

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

✓ Fréquence de la fluctuation : MCLCAFFLUFR (A08023_)

- ① une fois par mois
- 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

✓ Durée de la fluctuation : MCLCAFFLUDU (A08024_)

- ① quelques secondes
- ② ≤ à 5 minutes
- ③ 5 minutes à 1 heure
- ④ ≥ à 1 heure
- ⑤ ≥ à 1 jour

- Echelle MINI

➤ **QUESTION 1** MCLMINIQ1A (A01001_)

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

➤ **QUESTION 2** MCLMINIQ2B (A01001_)

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

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

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

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) ? non oui
MCLMINIAPP(A01001_)

Avez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ? non oui
MCLMINISOM(A01001_)

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 ? non oui
MCLMINIEXI (A01001_)

Vous sentez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ? non oui
MCLMINILAS (A01001_)

Vous sentez-vous sans valeur ou coupable ? non oui
MCLMINICOU (A01001_)

Avez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions ? non oui
MCLMINICON (A01001_)

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 ? non oui
MCLMINIDEP (A01001_)

PONCTION LOMBAIRE

PL

Ponction lombaire

- Le participant a-t-il eu une ponction lombaire dans le cadre de son suivi au CMRR ?

non oui PLYN (A01001_)

↳ Si oui, merci de préciser :

- Date de la ponction : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|
PLPRLDAT (\$10.) PLRPLDAT_D (ddmmyy10.)

- Résultats

	Valeur (pg/mL)	Technique de dosage
Aβ1-42	PLAB42 (best8.)	PLAB42TECH (\$250.)
Aβ1-40	PLAB40 (best8.)	PLAB40TECH (\$250.)
Tau Total (T-Tau)	PLTTAU (best8.)	PLTTAUTECH (\$250.)
Tau phosphorylé (181P-Tau)	PLPTAU (best8.)	PLPTAUTECH (\$250.)
NFL	PLNFL (best8.)	PLNFLTECH (\$250.)

TEP

AMYLOIDE

Centre Participant Code lettres

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

TEP Amyloïde

TEP_POST

Version 2.0 15/03/2019

TEPAMYL

TEP amyloïde

- Le participant a-t-il eu une TEP amyloïde dans le cadre de son suivi au CMRR ?

non oui TEPAMYLYN (A01001_)

↳ Si oui, merci de préciser :

- Date de la TEP : ____|____|____|____|____|____| TEPAMYLRLDAT (\$10.)
TEPAMYLRLDAT_D (ddmmyy10.)
- Radiotracteur utilisé : TEPAMYLRADT (\$100.)
- Résultat : négatif positif TEPAMYLRES (A01007_)

PROTOCOLES PARALLELES

Centre Participant Code lettres

Protocoles parallèles

PRP
Version 2.0 15/03/2019

Protocoles parallèles

PROTOP

PRYN (A01001_)

Le participant est-il suivi dans un autre protocole de recherche ?

non

oui

↳ Si oui, merci de préciser :

PRPROTO (\$100.)

PRSTARRDAT (\$7.)

PRENARRDAT (\$7.)

PRSTARRDAT_D (mmyy7.)

PRENARRDAT_D (mmyy7.)

Nom du protocole	Date de début	Date prévisionnelle de fin
.....	____	____
.....	____	____
.....	____	____

DECES

Centre _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Participant _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Code lettres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Décès	DC_POST Version 2.0 15/03/2019
--	---	--	--------------	-----------------------------------

Décès

DC

Date du décès : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| DCDAT (\$10.)
DCDAT_D (ddmmy10.)

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)

.....

.....

.....

.....

CONTACT TELEPHONIQUE

Contact téléphonique

CTEL

Date du contact : _____

CTELDAT (\$10.)CTELDAT_D (ddmmyy10.)

- Personne contactée : CTELPERS (A04030_)
 - ① le participant lui-même
 - ② le/la conjoint-e
 - ③ un membre de la famille
 - ④ le médecin généraliste
 - ⑤ une autre personne

- Dernier logement connu du participant : CTELLOGMENT (A04029_)

- ① logement propre ou hébergé par famille/proche
- ② logement collectif non médicalisé (par ex. résidence pour personnes âgées)
- ③ logement collectif médicalisé (par ex. EHPAD)

↳ Si logement collectif, préciser date d'entrée : _____

CTELLOGMENTDAT (10\$.) CTELLOGMENTDAT_D (ddmmyy10.)

- Statut vital du participant : ① vivant ② décédé, CTELSTAT (A07017)
 (Si décédé, veuillez remplir la fiche « Décès »)

- Dernier diagnostic cognitif connu : ① pas de démence ② démence ③ Ne sait pas

↳ Préciser date du diagnostic _____ CTELDATDIAG (\$10.)
 CTELDATDIAG_D (ddmmyy10.)

↳ Etiologie connue : ① non ② oui CTELETIO (A01001_)

Si connue, préciser :

- ① maladie d'Alzheimer CTELALZ (A01001_)
- ② démence vasculaire CTELDEMVASC (A01001_)
- ③ démence mixte CTELDEMMIXT (A01001_)
- ④ démence fronto-temporale CTELDEMFRNT (A01001_)
- ⑤ démence due à maladie de Parkinson CTELDEMPARK (A01001_)
- ⑥ démence à corps de Lewy CTELDEMCLEWY(A01001_)
- ⑦ autre type de démence CTELDEMOTH (A01001_)

↳ si autre, préciser :

CTELDEMOTHPREC (\$250.)