

ICOPE STEP 1

Date du test :

Évaluation initiale Suivi

Nom et prénom :

Téléphone Portable:

Nom et ville du médecin traitant :

NIR :

Rang de naissance :

Date et ville de naissance :

Adresse mail:

Je certifie avoir obtenu l'accord du sujet Le :

Fonctions	Tests	Résultats	
Cognition	1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	4. Orientation temporo-spatiale : <i>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</i>		
	- Année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- Jour de la semaine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
- Jour du mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nutrition	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?	Poids actuel : Kg <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cognition	Rappel des trois mots: Mot 1	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Mot 2	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Mot 3	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vision	Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Audition	Test de la voix chuchotée :		
	- Oreille droite capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- Oreille gauche capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Psychologie	Au cours des deux dernières semaines:		
	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mobilité	Test de lever de chaise** :	Temps en sec.....	
	1. Réalisation des cinq levers?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Si non, combien de levers de chaise réalisés?		
	3. Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

