



Clinique gériatrique de la mémoire  
1700-134 Chemin du Fer-à-Cheval, suite 157,  
Sainte-Julie, Québec, J3E 0C8.  
Tél./Fax : (450) 922-0754

Nom (à la naissance)	Prénom
Date de naissance	Numéro de dossier

## PROTOCOLE D'ÉVALUATION DE LA VULNÉRABILITÉ (PEV / CGM)

No séquentiel CGM : \_\_\_\_\_  
Intervenant-pivot : \_\_\_\_\_

Courtier de soins et services : \_\_\_\_\_  
Médecin de famille : \_\_\_\_\_

### SECTION A : IDENTIFICATION

Sexe :  M  F Âge \_\_\_\_ Scolarité \_\_\_\_\_

Territoire de CSSS : \_\_\_\_\_

Intervenants au dossier : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

État civil :  Célibataire  Marié  Séparé / divorcé  En union de fait  Veuf

Vit seul

Lieu de résidence :

- Maison / logement  
 Logement avec services disponibles  
 Résidence privée  RNI  
 Autres : \_\_\_\_\_

### SECTION B : À L'USAGE DU COURTIER DE SOINS ET SERVICES CONJOINTS (CSSC)

#### 1. Information concernant la demande d'accès à la CGM

Date de la demande inscrite sur le formulaire de référence :  
Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Jour \_\_\_\_

Date de traitement de la demande par le guichet d'accès  
Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Jour \_\_\_\_

Date de prise en charge  
Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Jour \_\_\_\_

#### 2. Références immédiates réalisées par le guichet d'accès

- Psycho-social  
 Ergothérapie  
 Services domestiques  
 Médecin Traitant  
 Physiothérapie  
 Soins infirmiers  
 Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. Contact téléphonique avec le pharmacien pour validation de la médication

Oui Date : \_\_\_\_\_  
 Non

#### 4. Utilisation des services actuels

Quantité d'aide et de soins  
 À domicile  En résidence

#### Fréquence

Auxiliaire / préposé : \_\_\_\_\_  
Soins infirmiers : \_\_\_\_\_  
Popote roulante : \_\_\_\_\_  
Services ménagers : \_\_\_\_\_  
Bénévoles : \_\_\_\_\_  
Physiothérapie : \_\_\_\_\_  
Ergothérapie : \_\_\_\_\_  
Inhalothérapie : \_\_\_\_\_  
Centre / hôpital de jour : \_\_\_\_\_  
Travailleur social : \_\_\_\_\_  
Nutritionniste : \_\_\_\_\_  
Autres : \_\_\_\_\_

### SECTION C : DÉPISTAGE ET ÉVALUATION

Dates des évaluations antérieures	Lieu d'évaluation	SCORES / Rang centile (référer aux manuels)				
		Cogmed	MMSE	PecpaVB	Pecpa2r	Autres

Diagnostics : \_\_\_\_\_

Médication : \_\_\_\_\_

## SECTION D : INDEX DE VULNÉRABILITÉ (INDEX-V)

(Veuillez encercler le chiffre correspondant à l'énoncé et le reporter sur la ligne « Points » ou cocher si pertinent. Lorsque plus d'une réponse s'applique, indiquer le score le plus élevé.)

### 1. Sévérité des déficits cognitifs

Au Pecpa 2r ou VB (référer aux manuels) :

- a) Score < C° 10 [4]
- b) Score ≥ C° 10 mais < que C° 25 [3]
- c) Score ≥ C° 25 mais < que C° 50 [2]
- d) Score ≥ C° 50 mais < que C° 75 [1]
- e) Score ≥ C° 75 mais < que C° 100 [0]

Points : \_\_\_\_ / 4

### 2. Antécédents d'hospitalisation ou visite à la salle d'urgence au cours des 6 derniers mois :

- a) ≥ 3 visites à la salle d'urgence et / ou hospitalisations [3]
- b) 2 visites à la salle d'urgence et / ou hospitalisations [2]
- c) 1 visite à la salle d'urgence et / ou hospitalisation [1]
- d) aucune visite à la salle d'urgence et/ou hospitalisation [0]

Points : \_\_\_\_ / 3

### 3. Déficit visuel

- a) Légèrement aveugle [3]
- b) Déficit visuel non compensé [2]
- c) Déficit visuel compensé (lunettes, cataracte opérée, glaucome traitée par des gouttes...) [1]
- d) Aucun déficit visuel significatif [0]

Au besoin, administrer le test d'évaluation du champ visuel par confrontation ou le test de Snellen.

Points : \_\_\_\_ / 3

### 4. Risque dénutritionnel

$$IMC = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}}$$

- a) IMC ≤ 19 [3]
- b) 19 < IMC ≤ 21 ou perte de poids non intentionnelle ≥ 3 kgs, ≤ 6 mois [2]
- c) IMC > 21 et perte de poids non intentionnelle entre 1 et 3 kgs, ≤ 6 mois [1]
- d) IMC > 21 et pas de perte de poids > 1kg, ≤ 6 mois [0]

Points : \_\_\_\_ / 3

### 5. Risque de chutes

Demander : « Êtes-vous tombé ou presque tombé (donner un exemple) dans la dernière année ? »

Dans les 12 derniers mois :

- a) Au moins une consultation pour chute [3]
- b) Chutes récurrentes ou utilisation d'une aide technique à la marche ou trouble de la mobilité / équilibre, sans consultation [2]
- c) Une chute unique sans trouble de la mobilité / équilibre et aucune aide à la marche, sans consultation. [1]
- d) Aucune chute et aucun trouble de mobilité / équilibre [0]

Points : \_\_\_\_ / 3

### 6. Incontinence urinaire ou fécale

Au cours des 6 derniers mois, plus de 3 épisodes :

- a) d'incontinences mixte ou fécale non auto-gérées [3]
- b) d'incontinence urinaire non auto-gérée [2]
- c) d'incontinences urinaire ou fécale auto-gérées [1]
- d) aucune [0]

NOTE : "auto-gérée(s)" signifie que la personne est consciente de ses incontinences et gère de façon autonome une hygiène adéquate.

Points : \_\_\_\_ / 3

### 7. Adhérence à la médication (concerne les médicaments prescrits ou non)

- a) Il y a évidences de non-adhérence ou la présence de plus de 7 médicaments à prendre/jour [3]
- b) Il y a indices de non-adhérence ou la présence de 4 à 6 médicaments à prendre/jour [2]
- c) 1 à 3 médicaments à prendre/jour [1]
- d) Aucune médication à prendre [0]

Points : \_\_\_\_ / 3

### 8. Médication psychotrope et anticholinergique.

Actuellement la médication est composée de :

- a) ≥ 4 médicaments psychotropes et / ou anticholinergiques [3]
- b) 2 ou 3 médicaments psychotropes et / ou anticholinergiques [2]
- c) 1 médicament psychotrope et / ou anticholinergique [1]
- d) aucun médicament psychotrope ou anticholinergique [0]

Points : \_\_\_\_ / 3

Note : Les principaux médicaments psychotropes considérés sont les tranquillisants et hypnotiques (Rivotril, Ativan, Dalmane, Serax...), les antidépresseurs (Elavil, Effexor, Celexa, Remeron, Desyrel, Paxil, Zoloft...), les neuroleptiques (Haldol, Risperdal, Séroquel, Zyprexa) et les anti-convulsivants (Depakene, Tegretol, Epival).

### 9. Disponibilité d'un réseau d'aidants naturels

- a) Aucune présence d'un aidant (la personne vit seule, aucune présence quelconque...) [3]
- b) Présences occasionnelles d'un ou plusieurs aidants naturels (une présence aux 2 ou 3 semaines, mensuelle...) [2]
- c) Présence hebdomadaire d'un ou plusieurs aidants naturels [1]
- d) Présence quotidienne d'un ou plusieurs aidants naturels (une personne vit avec la personne ou lui rend visite à tous les jours) [0]

Points : \_\_\_\_ / 3

### 10. Risque d'épuisement des aidants naturels (que la personne âgée soit hébergée ou non). Cocher les énoncés qui s'appliquent.

ÉNONCÉS	<input checked="" type="checkbox"/>	Ne s'applique pas
L'aidant est âgé de 80 ans ou plus.		
L'aidant est de sexe féminin.		
L'aidant est de faible niveau socio-économique (scolarité ≤ 8 ans et revenus annuels brut ≤ 11 000\$).		
L'aidant vit avec l'aidé (sous le même toit en cohabitation).		
L'aidant occupe un emploi à l'extérieur à temps plein.		
L'aidant vit en milieu rural.		
L'aidant ne bénéficie pas d'un réseau de support pour lui-même (famille, frères, soeurs, amis)		

Nombre total de réponses cochées:

- a) 7 réponses [3]
- b) de 4 à 6 réponses [2]
- c) de 1 à 3 réponses [1]
- d) 0 réponse [0]

Points : \_\_\_\_ / 3

## SECTION D - suite

### 11. État dépressif

Présence des symptômes suivants :

- 1 - Tristesse (la personne pleure ou allègue qu'elle a le goût de pleurer)
- 2 - Isolement (perte de l'intérêt de se retrouver en compagnie d'autres personnes)
- 3 - Apathie ou anhédonie (perte du désir de s'engager au sein d'activités plaisantes)
- 4 - Propos suicidaires ou de mort

- a) Présence de 4 symptômes [4]
- b) Présence de 3 symptômes [3]
- c) Présence de 2 symptômes [2]
- d) Présence de 1 symptôme [1]
- e) Aucun symptôme [0]

Points : \_\_\_\_ / 4

Si le score est égal ou supérieur à 2, veuillez administrer la « Geriatric Depression Scale (GDS) » afin de compléter votre évaluation. Score GDS : \_\_\_\_\_

### 12. Dans la dernière année, la personne a présenté :

- a) Trois épisodes et plus de delirium [2]
- b) Un ou deux épisodes de delirium [1]
- c) Aucun épisode de delirium [0]

Points : \_\_\_\_ / 2

### 13. Risque d'abus physique ou financier

Veuillez répondre aux énoncés suivants par « oui » ou par « non » :

ÉNONCÉS	OUI	NON
La personne âgée est très dépendante pour ses soins de base (alimentation et hygiène).		
L'aidant(e) est la même personne depuis plus d'un an.		
La personne âgée a perdu le contrôle de ses avoirs financiers ou de son argent au quotidien.		
L'aidant(e) se plaint du comportement de la personne âgée.		
L'aidant(e) a tendance à déprécier la personne âgée.		
L'aidant(e) a tendance à réprimander la personne âgée.		
L'aidant(e) a tendance à isoler la personne âgée ou refuse qu'elle soit rencontrée seule.		
L'aidant(e) a tendance à répondre à la place de la personne âgée.		
L'aidant(e) se montre agressif ou défensif ou refuse l'aide offerte.		
L'aidant(e) a tendance à infantiliser la personne âgée.		

- a) 8 à 10 réponses « oui » [2]
- b) 4 à 7 réponses « oui » [1]
- c) 0 à 3 réponses « oui » [0]

Points : \_\_\_\_ / 2

### 14. Indices de dangerosité (indiquer le score le plus élevé)

Selon les données disponibles, la situation démontre (cocher la case si l'énoncé est vrai) :

- a)  La personne âgée conduit sa voiture. ou
  - il y a des indices d'incendie ou de quasi-incendie au domicile (casserolles brûlées, marques de brûlures sur les vêtements, tapis, planchers, meubles...). [4]
- b)  La personne âgée possède un permis de conduire valide. ou
  - La personne âgée utilise la cuisinière seule. ou
  - La personne âgée fume. ou
  - La personne âgée utilise un chauffage d'appoint. [3]
- c)  La personne âgée gère seule ses finances. ou
  - Elle gère seule ses repas (incluant l'approvisionnement et la conservation des aliments). [2]
- d)  Il y a évidences de négligence à l'hygiène. ou
  - il y a évidences de négligence dans l'habillement. ou
  - il y a évidences de négligence dans l'entretien ménager. [1]
- e)  Aucun des énoncés de a), b), c) ou d) ne s'applique [0]

(Inscrire le score le plus élevé) Points : \_\_\_\_ / 4

### 15. Troubles du comportement

Selon les données disponibles, la situation montre :

- a)  Une problématique de « fugue » ou
  - d'agressivité physique (frapper, griffer, mordre ...). [3]
- b)  Une problématique d'errance ou
  - d'agressivité verbale (injurier, menacer, crier ...). [2]
- c)  Une problématique paranoïde ou
  - d'agitation sans agressivité verbale ou physique (demandes ou actions répétitives). [1]
- d)  Aucun trouble du comportement [0]

Points : \_\_\_\_ / 3

### 16. Autres facteurs de risque

- HTA/MCAS     FA     Diabète     Tabagisme / MPOC

- a) Présence de 4 facteurs [4]
- b) Présence de 3 facteurs [3]
- c) Présence de 2 facteurs [2]
- d) Présence d'un seul facteur [1]
- e) Aucun facteur [0]

Note : FA : fibrillation auriculaire;  
HTA : hypertension artérielle;  
MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.

Points : \_\_\_\_ / 4

**Score total : \_\_\_\_\_ / 50**

V1 : ≥ 34 / 50 (indice d'une condition de vulnérabilité élevée)

V2 : Entre 18 et 33 / 50 (indice d'une condition de vulnérabilité modérée)

V3 : Entre 0 et 17 / 50 (indice d'une condition de faible vulnérabilité)

**Un indice V1 devrait faire l'objet :**

- a) D'interventions précoces (≤ 7 jrs), d'une évaluation des besoins immédiats et d'une stabilisation;
- b) D'une priorisation élevée dans l'affectation de soins et services de soutien à domicile;
- c) D'un recours aux guides de pratique de la CGM.

## SECTION E : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

### 1. Aptitude

Une évaluation de l'aptitude a déjà été réalisée ?  Oui  Non

Par qui : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

	INDICES	
	d'aptitude	d'inaptitude
À gérer ses biens		
À gérer sa personne		
À consentir à l'hébergement		

Un régime de protection est-il en vigueur?  Oui  Non

De quel type : \_\_\_\_\_

Si oui, depuis (date) : \_\_\_\_\_

### 2. Auto-collant et obtention du consentement autorisant de communiquer les renseignements aux autres professionnels concernés de la CGM.

Auto-collant «CGM» apposé. date : \_\_\_\_\_

carte ass.-mal  permis de conduire  les deux

Consentement obtenu Date : \_\_\_\_\_

Par qui : \_\_\_\_\_

### 3. Traitement de la maladie démentielle

- a) IACHÉ
- b) Mémantine (Ebixa)
- c) a) et b)
- d) Aucun

### 4. OEMC complétée : oui non

Si oui, date : \_\_\_\_\_

### 5. Interventions immédiates

Identifiez les soins et services ci-après :

- Soins infirmiers SAD + GMF
- Centre de jour
- Auxiliaire familiale
- Groupe communautaire
- Nutritionniste
- Hôpital
- Intervenant social
- Médecin traitant
- Ergothérapeute
- Inhalothérapeute
- Autre : \_\_\_\_\_

### Signalement et référence aux organismes communautaires

- Société Alzheimer
- Organismes communautaires

Liste : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. La personne possède-t-elle un permis de conduire?

- Oui  Non
- Signalement à la SAAQ Date : \_\_\_\_\_

### 7. La personne est-elle inscrite au service 24 / 7 ?

- Oui Date : \_\_\_\_\_
- Non

### 8. Modalité de prise en charge avec les proches

Entente : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

À partir de : \_\_\_\_\_

### 9. Références aux autres programmes de suivi systématique

- MPOC
- Insuffisance cardiaque
- Diabète

### 10. Autres signalements

- Aux services policiers Date : \_\_\_\_\_
- Aux services ambulanciers Date : \_\_\_\_\_
- Premiers répondants Date : \_\_\_\_\_
- Aux services d'incendie Date : \_\_\_\_\_
- Registre d'errance (sécu-retour) Date : \_\_\_\_\_

### 11. Établissement d'un plan d'intervention individualisé

Date : \_\_\_\_\_

### 12. Un sommaire a été transmis au médecin traitant

- Oui Date : \_\_\_\_\_
- Non

## SECTION F : SUIVI (veuillez cocher)

### Suivis de contrôle :

- Plan d'intervention amendé Date : \_\_\_\_\_
- Plan d'intervention amendé Date : \_\_\_\_\_
- Plan d'intervention amendé Date : \_\_\_\_\_
- Plan d'intervention amendé Date : \_\_\_\_\_

Signature du CSSC : \_\_\_\_\_ Date du PEV complété : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

No de section complété(s)	Nom des intervenants /signature	Date