

CONFIDENTIEL



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

QUESTIONNAIRE PRÉ-EXAMEN À COMPLÉTER PAR UN PROCHE-AIDANT

SVP RÉPONDRE À TOUTES LES SECTIONS DU QUESTIONNAIRE

SECTIONS QUI CONCERNENT LA PERSONNE RÉFÉRÉE (A à F)

A. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de la personne référée :	
Âge :	Date de naissance : ___ / ___ / ____
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
RAMQ :	
Adresse permanente :	Adresse temporaire (s'il y a lieu) :
Téléphone :	
Nom du médecin de famille :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :

B. INFORMATIONS PERSONNELLES

Lieu de naissance :			
Statut marital : marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/>			
Scolarité :	Occupations exercées :		
SVP ne cocher qu'une seule case :			
Seul(e) à domicile	<input type="checkbox"/>	Avec époux(se) et enfants	<input type="checkbox"/>
Avec époux(se) seulement	<input type="checkbox"/>	Avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>
Avec un parent	<input type="checkbox"/>	Avec une personne sans lien familial	<input type="checkbox"/>
Avec aidant(e) étranger(ère) rémunéré(e)	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>

C. HISTOIRE MÉDICALE FAMILIALE

Dans la famille, y a-t-il des individus qui ont été atteints de :			
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	Maladie d'Alzheimer ou autres formes de démences	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
Syndrome de Down (trisomie-21, mongolisme)	<input type="checkbox"/>	Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>
D'accident cérébro-vasculaire	<input type="checkbox"/>	De troubles mentaux (schizophrénie, maladie bipolaire...)	<input type="checkbox"/>

CONFIDENTIEL

D. INFORMATIONS MÉDICALES

1. Liste des médicaments (si non inscrite sur le formulaire de référence), incluant ceux en vente libre :

Nom du médicament :	Posologie :

2. La personne référée présente-t-elle ou a-t-elle présenté les symptômes suivants :

Changement de la personnalité	<input type="checkbox"/>	Changement dans les habitudes d'élimination	<input type="checkbox"/>
Difficulté à parler, à trouver ses mots	<input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire ou fécale	<input type="checkbox"/>
Troubles du jugement	<input type="checkbox"/>	Augmentation ou diminution de l'appétit sexuel	<input type="checkbox"/>
Épisode de confusion	<input type="checkbox"/>	Douleur dans les articulations	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	Mouvement limité dans les bras ou les jambes	<input type="checkbox"/>
Confondre les personnes, croire à une substitution de personnes, à un sosie	<input type="checkbox"/>	Saignements, hémorragies de la peau	<input type="checkbox"/>
Apparence d'hallucinations visuelles ou auditives	<input type="checkbox"/>	Sécheresse inhabituelle de la peau	<input type="checkbox"/>
Pleurer ou se mettre en colère sans raison	<input type="checkbox"/>	Changement dans l'appétit	<input type="checkbox"/>
Perte de vision ou d'audition	<input type="checkbox"/>	Soif inhabituelle	<input type="checkbox"/>
Chute avec ou sans blessure	<input type="checkbox"/>	Fatigue extrême	<input type="checkbox"/>
Trouble d'équilibre	<input type="checkbox"/>	Insomnie ou changement dans les habitudes de sommeil	<input type="checkbox"/>
Faiblesse d'un côté du corps	<input type="checkbox"/>	Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	Gain ou perte importante de poids	<input type="checkbox"/>
Toux chronique	<input type="checkbox"/>	Difficultés pour avaler les aliments ou liquides	<input type="checkbox"/>

3. La personne référée présente-t-elle ou a-t-elle présenté les maladies suivantes :

Haute tension artérielle	<input type="checkbox"/>	Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/>
Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	Dépression, trouble émotionnel, de panique	<input type="checkbox"/>
Trouble de la thyroïde	<input type="checkbox"/>	Troubles d'apprentissage	<input type="checkbox"/>
Cholestérol sanguin élevé	<input type="checkbox"/>	Syphilis	<input type="checkbox"/>
Accident cérébro-vasculaire ou hémorragie au cerveau	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>
Méningite	<input type="checkbox"/>	Abus de drogues	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>
Trouble du foie	<input type="checkbox"/>		

4. La personne référée a-t-elle déjà subi une chirurgie ? oui non

5. La personne référée a-t-elle déjà été exposée à des produits chimiques, solvants ou métaux lourds (mercure, plomb...) ? oui non

CONFIDENTIEL

6. **La personne référée a-t-elle déjà été exposée à des radiations ?** oui non

7. **Tabac ?** oui non Si oui, quantité quotidienne :

Si non, a-t-elle déjà fumé ? oui non

Consommation d'alcool ? oui non Si oui, quantité quotidienne :

E. OBSERVATIONS DE L'ENTOURAGE

1. <i>Est-ce que la personne démontre occasionnellement des difficultés pour :</i>	
Écrire, faire des chèques, payer ses comptes	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Faire ses courses	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Jouer aux cartes ou autres jeux de société	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Faire chauffer de l'eau, se faire un café	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Utiliser la cuisinière, se préparer un repas	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Prendre ses repas (couper la viande, utiliser les ustensiles, ouvrir les contenants)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Se rappeler d'événements courants, de ses rendez-vous, réunions de famille, fêtes ou de choses qu'elle a lu	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Porter attention, comprendre ce qu'elle voit à la télévision	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Conduire son automobile (égarement, contravention, accident)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Assurer son hygiène personnelle (prendre son bain ou sa douche), s'habiller incluant choisir ses vêtements et les boutonner	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Faire le ménage	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Se lever de la position assise ou couchée	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Marcher une longue distance	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

2. **Quels ont été les premiers signes laissant croire que la personne souffrait de troubles de la mémoire et à quel moment les avez-vous observés ?**

3. **Avez-vous observé d'autres troubles, tels du jugement, de la perception, de l'orientation, du langage ou du comportement et à quel moment ?**

F. SERVICES ACTUELS REÇUS

Centre de jour	<input type="checkbox"/>	Popote roulante	<input type="checkbox"/>
Soins et services à domicile du CLSC Personne responsable :	<input type="checkbox"/>	Transport adapté	<input type="checkbox"/>
Compagnie privée	<input type="checkbox"/>	Service de répit	<input type="checkbox"/>
Service d'appel d'urgence ou dispositif d'alerte (Lifeline...)	<input type="checkbox"/>	Service de gardiennage	<input type="checkbox"/>
Autre :			
La personne participe-t-elle actuellement à une recherche ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			

CONFIDENTIEL

INFORMATIONS D'ASSURANCE (facultatif) :

Nom et adresse de la compagnie d'assurance de la personne :

Numéro de police :

Téléphone :

SECTIONS QUI NE CONCERNENT QUE LE/LES PROCHE-AIDANT(S)

G. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Présence d'un proche-aidant oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, son nom :	
Téléphone (1) :	Téléphone (2) :
Adresse :	
Âge :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Statut marital : marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
Langue de communication : F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom d'une autre personne-ressource :	
Téléphone :	

H. INFORMATIONS PERSONNELLES

En utilisant une échelle de 1 à 5, 1 signifiant « jamais » et 5 signifiant « toujours », veuillez svp répondre aux questions suivantes :

1. À cause du temps que vous devez consacrer à la personne référée, vous avez peu de temps pour vous	
2. Vous vous sentez stressé(e) même quand vous n'êtes pas en présence de la personne référée	
3. Vous ressentez de la colère lorsque vous êtes en présence de la personne référée	
4. Vous avez le sentiment que le temps consacré à la personne référée compromet de façon négative la qualité de votre relation avec votre conjoint, votre famille ou vos ami(e)s	
5. Vous vous sentez vidé(e) lorsque vous êtes en présence de la personne référée	
6. Vous avez l'impression que votre santé se détériore en raison du temps que vous devez consacrer à la personne référée	
7. Vous avez le sentiment de ne pas trop savoir comment vous y prendre avec la personne référée	
8. Vous avez le sentiment que vous devriez en faire davantage pour la personne référée	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI COMPLÈTE CE QUESTIONNAIRE

Même personne que celle identifiée à la section G <input type="checkbox"/>	si cochée, signer et indiquer la date seulement
NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
TÉLÉPHONE :	TÉLÉCOPIEUR
COURRIEL :	
ÂGE :	LIEN AVEC LA PERSONNE RÉFÉRÉE :
SIGNATURE :	DATE (jr/mois/année) : / /

**VEUILLEZ REMETTRE CE QUESTIONNAIRE COMPLÉTÉ
LORS DE VOTRE RENDEZ-VOUS
MERCİ DE VOTRE COLLABORATION !**