

Remplissez ou mettez l'étiquette du patient

Nom du patient :

Prénom du patient :

Fiche d'évaluation Step1 ICOPE

Nom et prénom de l'évaluateur :

Date de l'évaluation :

Première évaluation Evaluation de suivi

COGNITION (1)

Demander au sujet :

1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est?)
 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → Alerte → Step2 ET posez la question :

2. Avez-vous constaté une aggravation de ces problèmes au cours des 4 derniers mois ou depuis la dernière évaluation?
 Oui Non DM¹

Test de 3 mots :

Dire au sujet : « Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. » CIGARE, FLEUR, PORTE (liste 1) ; FAUTEUIL, TULIPE, CANARD (liste 2) ou CITRON, CLE, BALLON (liste 3)
Puis dire au sujet : « Répétez les 3 mots. »

Orientation :

Dire au sujet : « Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :
« En quelle année sommes-nous ? En quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ? »

Indiquer si les items de réponse ci-dessous sont corrects ou incorrects:

- Réponse « année » : 1 Correct 0 Incorrect
- Réponse « mois » : 1 Correct 0 Incorrect
- Réponse « jour du mois » : 1 Correct 0 Incorrect
- Réponse « jour de la semaine » : 1 Correct 0 Incorrect

Score orientation : |__|/4 DM¹ **Si le score < 4 → Alerte → Step2**

NUTRITION

Demander au sujet :

- 1. Son poids : |__| |__|, |__| kg
- 2. Avez-vous perdu involontairement plus de 3kg au cours de 3 derniers mois ? 1 Oui 0 Non
- 3. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ? 1 Oui 0 Non

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → Alerte → Step2

Optionnel

Comment qualifiez-vous votre appétit au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__| |__| |__|

COGNITION (2)

Rappel de 3 mots :

Dire au sujet : « Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure? »

- | | | |
|------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Premier mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| 2. Deuxième mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| 3. Troisième mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |

o Nombre de mots rappelés : |__|/3

Si le score < 3 → Alerte → Step2

VISION

Demander au sujet : Avez-vous des problèmes aux yeux: des difficultés pour voir de loin, pour lire, des pathologies oculaires ou suivez-vous actuellement un traitement (diabète, hypertension)? 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → Alerte → Step2

Optionnel

- Avez-vous l'impression que votre vue a baissé au cours des quatre derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?

- 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → Alerte → Step2

- Comment considérez-vous la qualité de votre vue (avec vos lunettes si vous en avez) au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|__|__|

AUDITION

Test de Whisper : Se mettre derrière le sujet (à distance d'un bras ou à environ 0,6 m) pour qu'il ne puisse pas lire sur les lèvres. Demander-lui de placer un doigt sur le tragus de l'oreille gauche pour obscurcir le son. Chuchoter un mot avec 2 syllabes distinctes vers l'oreille droite du sujet. Demander au sujet : « Pouvez-vous répéter le mot chuchoté ? »

Réaliser le test une deuxième fois pour l'oreille gauche en demandant au sujet de placer un doigt sur le tragus de l'oreille droite.

La personne a-t-elle pu répéter tous les mots :

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| o Pour l'oreille droite: | <input type="checkbox"/> 0 Oui | <input type="checkbox"/> 1 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |
| o Pour l'oreille gauche: | <input type="checkbox"/> 0 Oui | <input type="checkbox"/> 1 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → Alerte → Step2

Optionnel

- Avez-vous l'impression que votre audition a baissé au cours des quatre derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?

- 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → Alerte → Step2

- Est-ce que votre entourage se plaint que votre audition a baissé dernièrement ? 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → Alerte → Step2

- Comment considérez-vous la qualité de votre audition (avec vos appareils auditifs, si besoin) au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|__|__|

PSYCHOLOGIE

Demander au sujet :

Au cours des deux dernières semaines :

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| 1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir? | <input type="checkbox"/> 1 Oui | <input type="checkbox"/> 0 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |
| 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? | <input type="checkbox"/> 1 Oui | <input type="checkbox"/> 0 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → Alerte → Step2

Optionnel

A quel point vous êtes-vous senti triste ou heureux au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|__|__|

LOCOMOTION

Test de lever de chaise

Demander au sujet de se lever d'une chaise 5 fois de suite, le plus vite possible, les bras croisés sur la poitrine.

- Temps réalisé: |__|__|, |__|__| secondes

- Le sujet a-t-il réalisé les 5 levers de chaise? 0 Oui 1 Non

o Si OUI, a-t-il fait le test en moins de 14 secondes? 0 Oui 1 Non

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → **Alerte → Step2**

o Si NON, combien de levers de chaise le patient a-t-il réalisé ? 0 1 2 3 4

- Si 0, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans l'aide d'autrui ?
 Oui Non

Commentaires de l'évaluateur :