

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec 

SUIVI DE L'ÉVOLUTION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE VIEILLISSANTE

Guide et outil d'évaluations et de suivi pour l'intervenant pivot

Par :

Michelle Landry, conseillère cadre en soins de santé

Avec la collaboration de :

Danièle Jutras, chef de service soutien gestion de la qualité et des
risques DI-TSA-DP

Février 2016

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
- Objectifs du suivi	3
- La démarche	3
 Partie 1 : Le profil de l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de la personne	4
- Objectifs	4
- Procédure	4
- Évaluations du profil de l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de la personne	6
 Partie 2 : Les troubles de santé et le vieillissement : le suivi médical requis	14
- Objectifs	14
- Procédure	14
- Les problèmes de santé couramment observés chez la personne vieillissante	14
- La prise en charge du suivi médical régulier	15
- Outil aide-mémoire pour le suivi médical régulier et les autres examens ou évaluations effectués	20
 Partie 3 : Le dépistage des troubles de santé liés aux changements de l'autonomie fonctionnelle	22
- Objectifs	22
- Procédure	22
- Le guide d'aide au dépistage des troubles de santé liés aux changements de l'autonomie fonctionnelle	24
- Grille synthèse des tests ou examens de dépistage à prévoir	32

INTRODUCTION

Objectifs du suivi

Ce document a été conçu afin d'avoir un portrait de l'autonomie fonctionnelle de la personne vieillissante permettant à l'intervenant pivot de suivre son évolution et assurant une continuité dans l'évaluation malgré un changement d'intervenants ou de ressources. Il va devenir très pertinent lors de l'examen médical périodique afin de démontrer au médecin l'évolution des changements de l'autonomie fonctionnelle et, si tel est le cas, à visualiser dans le temps les changements observés pour une prise en charge rapide afin de trouver une signification possible à ces changements. Finalement, la surveillance va favoriser la mise en place des soins et des services appropriés à la condition de la personne.

La démarche

Ce guide renferme un ensemble d'outils mis à la disposition de l'intervenant pivot afin de l'aider à mieux comprendre les changements qui surviennent lors du vieillissement de la personne ayant une déficience intellectuelle. Il s'intègre dans un processus clinique à travers la démarche du programme-cadre sur le vieillissement et comprend trois parties :

- La partie 1 étant *Le profil de l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de la personne* avec ses évaluations régulières.
- La partie 2 étant *Les troubles de santé et le vieillissement : le suivi médical requis* qui est l'outil de référence pour la prise en charge du suivi médical régulier et attendu de la personne vieillissante.
- La partie 3 étant *Le dépistage des troubles de santé liés aux changements de l'autonomie fonctionnelle* qui devient l'outil complémentaire à la surveillance pouvant expliquer les changements.

Les étapes de la démarche

Pour suivre l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de la personne vieillissante, l'intervenant pivot doit réaliser les 3 étapes suivantes :

- 1- Compléter l'outil d'évaluations de l'autonomie fonctionnelle de la partie 1 selon l'âge de la personne (voir section partie 1 du guide à la prochaine page) à la fréquence suggérée.
- 2- Parallèlement aux évaluations de l'étape 1 et peu importe si des changements sont observés ou non, l'intervenant pivot doit utiliser l'annexe de la partie 2 du guide pour s'assurer d'une prise en charge médicale complète et adaptée selon l'âge de la personne.
- 3- Compléter l'outil d'aide au dépistage des troubles de santé de la partie 3 si des changements de l'autonomie fonctionnelle sont observés.

L'objectif et la procédure d'utilisation de chacune des parties sont expliqués plus en détails à travers ce guide. Se retrouvent également les outils d'évaluation et de suivi s'y rattachant.

PARTIE 1

LE PROFIL DE L'ÉVOLUTION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE

Objectifs

Cet outil permet d'évaluer les changements de l'autonomie fonctionnelle dans la vie courante de la personne, quel que soit le niveau de déficience intellectuelle et des autres diagnostics. Il s'adresse davantage aux personnes vieillissantes chez qui on pourrait observer des pertes progressives (50 ans et plus). Il est important d'avoir un profil de l'autonomie avant l'apparition de changements dans un but de comparaison et de mesures observables.

L'outil fournit la possibilité de faire 4 évaluations successives sur le même formulaire afin d'en suivre l'évolution. L'évaluation initiale compare les capacités actuelles du moment avec celles présentes depuis un an. Les évaluations subséquentes se réfèrent donc à l'évaluation initiale afin d'en mesurer les changements. Il est suggéré de faire l'évaluation initiale dès :

- l'âge de 50 ans de façon générale
- l'âge de 40 ans pour les polyhandicapés
- l'âge de 35 pour les personnes trisomiques

Quant aux évaluations subséquentes, chaque situation étant différente, il est suggéré de procéder :

- dès que des changements sont observés, puis à tous les 6 mois jusqu'à stabilisation
- à tous les 5 ans si aucun changement

Procédure

L'évaluation doit être effectuée par la personne qui connaît le mieux et depuis le plus longtemps possible l'utilisateur (intervenant pivot, famille naturelle, RTF, etc.). Si vous ne connaissez la personne que depuis 6 mois, il est préférable de vous référer à une personne qui la connaît depuis plus longtemps.

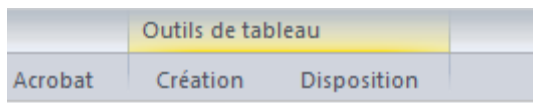
1. Compléter les renseignements requis sur l'identification de l'utilisateur au formulaire d'évaluations de la page 6.
2. Inscrire la date de l'évaluation dans la colonne appropriée.
3. Pour chaque section, cocher le chiffre de l'énoncé correspondant le plus au profil actuel de la personne (voir la légende des cotations au formulaire).

À noter : Le profil évalue les **changements** des capacités peu importe leur niveau initial et non pas le degré d'autonomie. Si l'utilisateur n'a pas changé ses capacités, si aucun changement n'a été observé, si le niveau d'autonomie (qu'il soit de haut ou de bas niveau) est stable depuis plusieurs années (3 à 5 ans), la cotation est toujours la plus haute : 4. Ainsi, par exemple, une personne multihandicapée dépendante d'autrui pour son hygiène personnelle cotera la même chose (4) qu'une personne autonome dans ce domaine qui n'a subi aucun changement.

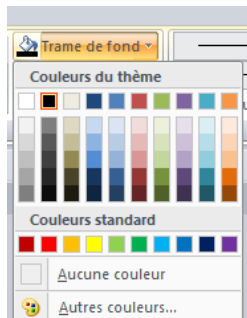
4. Si un changement est évalué (cote 3, 2 ou 1), inscrire la date approximative d'apparition du changement dans la colonne appropriée. Décrire dans l'espace « Commentaires », à la fin de chaque section, toute information pertinente relative au changement (ex. : correspond à un événement particulier).
5. À la fin de chaque section, faire le total et le reporter sur la grille synthèse de la dernière page du formulaire. Compléter les autres renseignements requis sur cette grille.
6. L'original de cet outil complété doit être au dossier de l'utilisateur (papier et informatisé).
7. Poursuivre à la partie 2 pour la prise en charge du suivi médical régulier.
8. Poursuivre à la partie 3 pour le dépistage des troubles de santé reliés aux changements de l'autonomie fonctionnelle, si tel est le cas.

Comment compléter la grille synthèse « Le profil de l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de la personne » à l'écran :

1. Sélectionnez la partie de la colonne qui doit être colorée;
2. Cliquez sur « outils de tableau » dans le menu en haut de l'écran;



3. Cliquez sur « trame de fond »;



4. Choisissez la couleur désirée qui doit être la même dans toutes les colonnes pour une même évaluation;
5. Répétez pour chaque colonne et enregistrez;
6. Choisissez une autre couleur pour chacune des évaluations subséquentes.

ÉVALUATIONS DU PROFIL DE L'ÉVOLUTION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE

Identification de l'usager : _____

Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jj)

Numéro de dossier : _____

Diagnostic(s) : _____

COCHEZ LE CHIFFRE CORRESPONDANT À LA CAPACITÉ ACTUELLE

Légende des cotations : Aucun changement 4

 Léger changement ou régression notée 3

 Changement important indiquant une perte importante 2

 Perte complète de l'habileté 1

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
1. FONCTIONS SENSORIELLES					
1.1 VOIR					
• Voit de façon adéquate avec ou sans lunettes (ou aucun changement dans sa vision).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Problèmes de la vision, mais voit suffisamment pour accomplir ses activités quotidiennes.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Ne voit plus que le contour des objets, doit être guidé.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Est maintenant non-voyant.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1.2 ENTENDRE					
• Entend correctement avec ou sans appareil (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Entend à condition qu'on lui parle fort.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• N'entend plus que les bruits soudains ou comprend seulement par gestes.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Présente maintenant une surdité complète et est incapable de comprendre ce qu'on veut lui dire.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1.3 GOÛTER					
• Reconnaît les saveurs, les mets (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Ne reconnaît plus le salé ou le sucré ou doit saler ou sucrer beaucoup ses mets.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Changement important dans ses habitudes alimentaires.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
1.4 TOUCHER					
• Sensibilité à la douleur, à la température inchangée.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Doit regarder un objet et le toucher pour le reconnaître.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Sensibilité à la douleur et/ou à la température diminuée.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• N'a plus de sensibilité.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : Fonctions sensorielles		/16	/16	/16	/16

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
2. FONCTIONS COGNITIVES					
2.1 MÉMOIRE					
• Mémoire habituelle.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Oublie des faits récents ou le nom des gens ou oublie de faire certaines choses du quotidien.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Oublie à répétition des choses de la vie courante (se brosser les dents, aller à la toilette, etc.).		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Présente maintenant une amnésie presque totale.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.2 ORIENTATION					
• Orienté dans le temps et l'espace (ou selon ses capacités habituelles).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Est quelques fois désorienté (ne sait plus où sont ses choses ou s'est déjà perdu à l'extérieur).		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Est maintenant désorienté souvent dans la journée, semble confus.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Est maintenant désorienté complètement.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.3 COMPRÉHENSION					
• Comprend bien ce qu'on lui explique ou demande (ou selon ses capacités habituelles).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Est lent à saisir des explications qu'il comprend habituellement.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Ne comprend plus que partiellement les explications ou demandes même après les avoir répétées.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ne comprend plus ce qui se passe autour de lui.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.4 MOTIVATION					
• Présente la même motivation et intérêt qu'habituellement.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Légère perte de motivation et d'intérêt (pour le travail ou les loisirs ou autres aspects de sa vie).		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A maintenant besoin d'être régulièrement stimulé et encouragé pour éveiller sa motivation et ses intérêts.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• N'a plus de motivation, ni intérêt malgré nos encouragements.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.5 JUGEMENT					
• Présente les mêmes capacités de jugement qu'habituellement.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Présente maintenant des difficultés à juger de situations connues et nécessite des conseils plus souvent pour décider.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A toujours besoin d'aide maintenant pour évaluer une situation.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• On décide à sa place, ce qu'on ne faisait pas avant.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.6 COMPORTEMENT GÉNÉRAL					
• Aucun changement (la personne a toujours les mêmes comportements qu'avant).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Nouveaux troubles du comportement mineurs (se plaint, l'humeur est changeante, s'entête, pleure, etc.) qui nécessitent une supervision occasionnelle.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Nouveaux troubles du comportement majeurs qui nécessitent une intervention plus intensive (agression verbale, comportement social, etc.).		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Présente des comportements dangereux pour autrui ou pour lui-même (fuguer, agresser, etc.).		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.7 COMPORTEMENT NOCTURNE					
• Sommeil normal (ou aucun changement dans le sommeil).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Changement dans les habitudes de sommeil (période d'insomnie ou augmentation des heures habituelles de sommeil incluant sieste diurne).		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Besoin de surveillance la nuit ou peut se lever et être désorienté à l'occasion.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Besoin de surveillance constante la nuit.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : Fonctions cognitives		/28	/28	/28	/28

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
3. CAPACITÉS À SE DÉPLACER					
3.1 SE LEVER					
• Aucun changement dans sa capacité (ou non) de se lever (se mettre en position debout).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Se lève et se couche ou s'assoit seul mais doit être surveillé ou guidé légèrement.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin d'aide physique pour se lever ou a déjà chuté en se levant ou en s'assoiant.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ne se lève plus seul. On le fait pour lui.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.2 MARCHER À L'INTÉRIEUR					
• Aucun changement dans sa capacité (ou non) à se déplacer à l'intérieur.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Se déplace seul, mais a quelques fois besoin d'être guidé ou stimulé, démarche plus lente (peut utiliser une marchette, canne, appui aux murs, etc.).		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin de l'aide d'un tiers en tout temps pour marcher ou a déjà chuté en marchant.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ne marche plus, même avec de l'aide.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.3 UTILISER LES ESCALIERS					
• Monte et descend les escaliers (ou aucun changement dans sa capacité ou non de le faire).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Utilise les escaliers mais doit être guidé ou stimulé ou supervisé.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Utilise les escaliers avec l'aide physique d'un tiers.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ne peut plus utiliser les escaliers, même avec de l'aide.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.4 MARCHER À L'EXTÉRIEUR					
• Se déplace seul à l'extérieur (ou aucun changement dans sa capacité ou non de le faire).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Se déplace seul avec surveillance ou utilise une marchette ou une canne à l'extérieur.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin de l'aide d'un tiers pour marcher à l'extérieur ou a déjà chuté en marchant à l'extérieur.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ne marche plus à l'extérieur, même avec de l'aide.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.5 SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT					
• Circule seul en fauteuil roulant (ou aucun changement observé ou N/A).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Circule seul en fauteuil roulant, seulement à l'intérieur (le faisait à l'extérieur avant).		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Circule en fauteuil roulant avec l'aide d'un tiers occasionnellement.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ne circule plus seul en fauteuil roulant. On doit le pousser.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : Capacité à se déplacer		/20	/20	/20	/20

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
4. COMMUNICATION					
4.1 LANGAGE VERBAL OU NON VERBAL					
• Aucun changement observé dans son langage verbal ou non verbal.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Exprime sa pensée mais a parfois des difficultés (verbalement ou non verbalement). Ex. : Peut répéter souvent la même phrase.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Communique seulement ses besoins primaires ou répond oui/non (verbalement ou non).		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ne communique plus (verbalement ou non).		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : Communication		/4	/4	/4	/4

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
5. IMAGE DE SOI					
• S'intéresse à son apparence (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• A besoin de stimulation pour soigner son apparence.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin d'aide physique pour soigner son apparence.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ne s'intéresse plus à son apparence.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : Image de soi		/4	/4	/4	/4

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
6. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)					
6.1 HYGIÈNE					
• Se lave seul (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Se lave seul, mais a besoin d'être stimulé ou supervisé.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin d'aide physique pour se laver, mais participe.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Doit être lavé par un tiers car ne participe plus.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.2 S'HABILLER					
• S'habille seul (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• S'habille seul, mais a besoin d'être stimulé ou qu'on sorte son linge ou qu'on l'aide un peu pour la finition.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Nécessite une aide physique pour s'habiller.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Doit être habillé par un tiers.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.3 S'ALIMENTER					
• Mange seul (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Mange seul, mais doit être stimulé pour le faire.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin d'aide partielle (couper sa viande, etc.).		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Doit être nourri par un tiers.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.4 PRENDRE SES MÉDICAMENTS					
• Prend seul ses médicaments (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• On doit lui rappeler occasionnellement de prendre sa médication.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin de supervision pour prendre ses médicaments correctement.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Désormais, on lui fait prendre ses médicaments.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.5 UTILISER LES TOILETTES					
• Utilise seul les toilettes (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Nécessite une supervision lors de l'utilisation des toilettes.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin de l'aide d'un tiers pour utiliser la toilette ou utilise une chaise d'aisance.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Maintenant, n'utilise plus les toilettes ni la chaise d'aisance.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.6 CONTINENCE URINAIRE					
• Continence (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Incontinence occasionnelle ou a besoin qu'une personne lui fasse penser d'uriner.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Incontinence fréquente (porte une protection).		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Maintenant, a une incontinence urinaire complète (porte une culotte d'incontinence).		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.7 CONTINENCE FÉCALE					

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
• Continence (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Incontinence occasionnelle ou a besoin qu'une personne lui fasse penser d'aller à la selle.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Incontinence fécale fréquente.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Maintenant, a une incontinence fécale complète (porte une culotte d'incontinence).		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)		/28	/28	/28	/28

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
7. ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE (AVD)					
7.1 ENTREtenir LA MAISON					
• Entretien seul son logement (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Fait l'entretien avec stimulation et/ou supervision.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin de l'aide d'un tiers pour entretenir son logement.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• N'est plus capable d'entretenir son logement.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
7.2 PRÉPARER LES REPAS					
• Prépare ses repas seul (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• A besoin de stimulation pour préparer ses repas.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Réchauffe des repas préparés d'avance.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• N'est plus capable de se préparer des repas.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
7.3 FAIRE LES COURSES					
• Fait seul ses courses (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Est capable de faire seulement certaines courses seul.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin de l'aide d'une personne pour faire toutes ses courses.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• N'est plus capable de faire ses courses même avec de l'aide.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
7.4 FAIRE SA LESSIVE					
• Fait sa lessive seul (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Fait sa lessive seul mais a besoin d'être supervisé ou stimulé.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Besoin de l'aide d'un tiers pour faire sa lessive (aide physique).		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• N'est plus capable de faire sa lessive.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
7.5 SÉCURITÉ					
• Assure sa sécurité seul (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Besoin de rappel ou de supervision occasionnelle sur certains items.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• S'est placé en situation de danger à 2 ou 3 reprises depuis le mois.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• N'est plus capable d'assurer sa sécurité.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE (AVD)		/20	/20	/20	/20

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
8. UTILISER UN TRANSPORT (transport en commun ou transport adapté)					
• Utilise seul un moyen de transport (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Doit être accompagné occasionnellement pour utiliser un transport.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Doit être accompagné en tout temps dans un transport.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• N'est plus capable d'utiliser un transport (qu'il soit adapté ou non).		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : UTILISER UN TRANSPORT (transport en commun ou transport adapté)		/4	/4	/4	/4

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
9. GÉRER SON BUDGET					
• S'occupe assez bien de son budget seul (ou aucun changement).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• A parfois besoin d'aide et de supervision pour gérer son budget.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A toujours besoin d'aide pour gérer son budget.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• N'est plus capable de s'occuper de son budget, de ses finances.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : GÉRER SON BUDGET		/4	/4	/4	/4

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
10. ACTIVITÉS-TRAVAIL-LOISIRS					
10.1 ACTIVITÉS DE LOISIRS OU SOCIALES					
• Aucun changement dans les activités.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Pratique ses loisirs ou ses activités de façon moins régulière.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin de beaucoup de stimulation et d'aide pour réaliser ses activités de loisirs.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Les activités de loisirs ou sociales ne l'intéressent plus.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
10.2 ACTIVITÉS DE TRAVAIL					

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
• Aucun changement au travail ou N/A.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Besoin de périodes de repos plus fréquentes / moins productif ou efficace.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A besoin de changer de travail ou de travailler à temps partiel.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ne peut plus travailler.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : ACTIVITÉS-TRAVAIL-LOISIRS		/8	/8	/8	/8

Commentaires :

	Date d'apparition du changement (aaaa/mm/jj)	Date 1 ^{ère} évaluation :	Date 2 ^e évaluation :	Date 3 ^e évaluation :	Date 4 ^e évaluation :
11. SANTÉ PHYSIQUE					
11.1 HOSPITALISATION					
• Aucun changement depuis 1 an pour sa santé physique.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Problème de santé présent depuis 1 an, état stable aujourd'hui.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• A eu 1 hospitalisation ou plus depuis 1 an.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• A eu 2 hospitalisations ou plus depuis 3 mois.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
11.2 MÉDICATION					
• Aucun changement dans sa médication depuis 1 an ou N/A.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Ajout ou augmentation d'un médicament depuis 1 an.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Ajout ou augmentation de 2 à 3 médicaments depuis 1 an.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Ajout ou augmentation de 3 médicaments et + depuis 1 an.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
11.3 CONSULTATIONS MÉDICALES					
• Aucune consultation médicale depuis 1 an (sauf pour les examens de routine).	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Dans la dernière année, a eu une consultation médicale spéciale pour un nouveau problème de santé.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Dans la dernière année, a eu 2 à 3 consultations médicales.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• A eu plus de 3 consultations médicales dans les derniers 6 mois.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
11.4 FORCE MUSCULAIRE ET ENDURANCE					
• Aucun changement dans la force musculaire et l'endurance physique.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• A moins d'endurance et moins de force, requiert plus souvent des périodes de repos.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Sa force musculaire et son endurance ont beaucoup diminué. Ne peut plus accomplir les mêmes activités qu'avant.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Force et endurance presque nulles. Doit resté assis ou couché toute la journée.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
11.5 POIDS					
• Aucun changement dans le poids.	-----	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
• Gain ou perte de poids de moins de 10 lb depuis 1 an.		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
• Gain ou perte de poids de 10 à 30 lb depuis 1 an.		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Gain ou perte de poids sévère (+ de 30 lb) depuis 1 an.		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL : SANTÉ PHYSIQUE		/20	/20	/20	/20

Commentaires :

Grille synthèse - Le profil de l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de la personne

Les colonnes 1-2-3-4 correspondent aux évaluations 1-2-3-4. Colorez dans chaque colonne de l'évaluation jusqu'au niveau d'autonomie selon les résultats obtenus.

	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11					
28																																														Nom de l'utilisateur
27																																														
26																																										Date de naissance <i>aaaa/mm/jj</i>				
25																																						Profil 1								
24																																						Date <i>aaaa/mm/jj</i>								
23																																						Signature								
22																																														
21																																						Profil 2								
20																																						Date <i>aaaa/mm/jj</i>								
19																																						Signature								
18																																														
17																																						Profil 3								
16																																						Date <i>aaaa/mm/jj</i>								
15																																						Signature								
14																																														
13																																						Profil 4								
12																																						Date <i>aaaa/mm/jj</i>								
11																																						Signature								
10																																														
9																																						Profil 4								
8																																						Date <i>aaaa/mm/jj</i>								
7																																						Signature								
6																																														
5																																						Profil 4								
4																																						Date <i>aaaa/mm/jj</i>								
3																																						Signature								
2																																														
1																																														
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.																																			
	Fonctions sensorielles	Fonctions cognitives	Capacité à se déplacer	Communication	Image de soi	AVQ	AVD	Transport	Budget	Activités-travail-loisirs	Santé physique																																			
	/16	/28	/20	/4	/4	/28	/20	/4	/4	/8	/20																																			

PARTIE 2

LES TROUBLES DE SANTÉ ET LE VIEILLISSEMENT : LE SUIVI MÉDICAL REQUIS

Objectifs

L'altération graduelle de certaines fonctions est souvent attribuée à tort à la déficience intellectuelle ou à une régression psychologique.

Il devient donc primordial que le suivi médical régulier soit assuré conjointement aux évaluations de l'autonomie fonctionnelle, et ce, peu importe si on observe un changement ou non. Le suivi va assurer à la personne la détection préventive de problème de santé pouvant avoir un impact sur son fonctionnement et son autonomie.

Cette section du guide sert donc à informer l'intervenant pivot sur les problèmes de santé pouvant être décelés chez la personne vieillissante et l'outiller pour qu'il s'assure que le suivi médical soit complet et conforme aux meilleures pratiques.

Procédure

Pour que le suivi médical soit complet, il est donc primordial que l'intervenant pivot se prépare à transmettre les renseignements pertinents au médecin pour le soutenir et le diriger dans son évaluation. Pour bien se préparer, l'intervenant pivot a besoin d'être préalablement informé sur les problèmes de santé couramment observés et des évaluations auxquelles il doit s'attendre lors de l'examen médical. Pour ce, l'intervenant pivot doit prendre connaissance de ces informations détaillées aux pages suivantes. Par la suite, l'outil aide-mémoire disponible à la fin de cette partie lui servira à consigner tout ce qui a été fait ou discuté lors du suivi médical. Pour l'utiliser, l'intervenant pivot doit :

- 1- Compléter les renseignements requis sur l'identification de l'utilisateur.
- 2- Inscrire la date de l'examen à l'endroit indiqué.
- 3- Cocher pour chaque section de l'examen médical périodique ce que le médecin a fait, demandé, discuté ou vérifié. Pour la section 2, cocher dans la colonne du groupe d'âge de la personne.
- 4- Cocher pour les autres examens ou évaluations de dépistage ce qui a été transmis comme informations au médecin.
- 5- Poursuivre avec la partie 3 si des changements de l'autonomie fonctionnelle ont été évalués.

Les problèmes de santé couramment observés chez la personne vieillissante :

- Troubles vasculaires : accident cérébro-vasculaire (ACV), hypertension, insuffisance veineuse des membres inférieurs, hypercholestérolémie, athérosclérose, insuffisance artérielle.
- Troubles ostéo-articulaires : rhumatisme, arthrite, arthrose, ostéoporose.
- Perte de tonus musculaire : perte de force.
- Troubles respiratoires : infections à répétition, bronchite chronique, pneumonie, emphysème.
- Troubles sensoriels : baisse de la vision/audition, cataracte, glaucome, perte de sensibilité.

- Système immunitaire affaibli.
- Symptômes associés à la ménopause : bouffées de chaleur, irritabilité, augmentation du poids, insomnie.
- Troubles cognitifs : perte de la mémoire, désorientation, diminution de la concentration, démence de type Alzheimer.
- Troubles endocriniens : hypothyroïdie, diabète.
- Troubles gastro-intestinaux : constipation, reflux, carence en vitamine B12.

En plus des troubles notés ci-haut :

Plus spécifiquement chez les trisomiques :

- Troubles liés au surplus de poids : diabète, maladie cardiovasculaire.
- Troubles cognitifs chez 45 % des personnes : démence précoce type Alzheimer.
- Pseudo-démence associée à des troubles affectifs, métaboliques endocriniens (ex. : hypothyroïdie), carences sensorielles, troubles neurovasculaires et troubles neurologiques.

Plus spécifiquement chez les polyhandicapés :

- Troubles orthopédiques : augmentation spasticité, augmentation des douleurs associées, luxation des hanches, détérioration de la scoliose avec ses répercussions, rétrécissement des muscles et tendons.
- Troubles digestifs : reflux, constipation, ballonnements, pneumonie d'aspiration secondaire à la régurgitation.
- Troubles respiratoires.

La prise en charge du suivi médical régulier

Pour assurer une prise en charge complète, voici ce à quoi nous devons nous attendre :

ÉTAPE 1 : L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE

L'examen médical périodique s'effectue selon la fréquence déterminée par le médecin omnipraticien.

C'est un examen de routine prévu et recommandé par le Collège des médecins et comprend :

1. a) L'examen physique de base tel que :

- Prise de la tension artérielle, de la pulsation et du poids (ou lui donner);
- Examen des conduits de l'oreille, de la gorge, des yeux;
- Auscultation du cœur et des poumons;
- Vérification de la peau et des téguments (incluant pli fessier et entre les orteils);
- Palpation de l'abdomen, des seins, des testicules, de la glande thyroïde (cou), des aines, des aisselles;
- Toucher rectal (femme et homme).

1. b) Les vérifications aux fins de prévention et de dépistage

Selon le groupe d'âge, des vérifications ou interventions supplémentaires doivent être effectuées par le médecin telles que spécifiées au tableau suivant. Ce tableau fournit des recommandations pour la population en général. Puisque pour les personnes trisomiques ou polyhandicapées le processus de vieillissement débute plus hâtivement que la population en général, il est important de s'assurer auprès du médecin d'en tenir compte lors de ces vérifications.

40 à 50 ans	50 à 60 ans	60 ans et plus
S'assure d'une dose du vaccin contre la coqueluche (dCaT) à vie + un rappel aux 10 ans par la suite du vaccin contre la diphtérie et le tétanos	S'assure d'une dose du vaccin contre la coqueluche (dCaT) à vie + un rappel aux 10 ans par la suite du vaccin contre la diphtérie et le tétanos	S'assure d'une dose du vaccin contre la coqueluche (dCaT) à vie + un rappel aux 10 ans par la suite du vaccin contre la diphtérie et le tétanos + vaccin contre la pneumonie pour ≥ 65 ans (1 fois à vie)
—	Supplémentation de calcium et vitamine D	Supplémentation de calcium et vitamine D
Vérifie les habitudes de consommation de tabac + demande test de spiromètre	Vérifie les habitudes de consommation de tabac + demande test du spiromètre	Vérifie les habitudes de consommation de tabac + demande test du spiromètre
Demande prélèvements sanguins de routine (formule sanguine, hormone thyroïdienne, hémoglobine glyquée) 1 fois par année + bilan lipidique (gras) + glycémie (sucre) aux 3 ans	Demande prélèvements sanguins de routine (formule sanguine, hormone thyroïdienne, hémoglobine glyquée) 1 fois par année + bilan lipidique (gras) + glycémie (sucre) aux 3 ans	Demande prélèvements sanguins de routine (formule sanguine, hormone thyroïdienne, hémoglobine glyquée) 1 fois par année + bilan lipidique (gras) + glycémie (sucre) aux 3 ans
Demande prélèvements sanguins supplémentaires à des fins diagnostiques ou de contrôle lorsque trouble de santé existant	Demande prélèvements sanguins supplémentaires à des fins diagnostiques ou de contrôle lorsque trouble de santé existant	Demande prélèvements sanguins supplémentaires à des fins diagnostiques ou de contrôle lorsque trouble de santé existant
Effectue l'examen gynécologique + cytologie (prélèvement) du col de l'utérus aux 2 à 3 ans (relation sexuelle ou pas)	Effectue l'examen gynécologique + cytologie (prélèvement) du col de l'utérus aux 2 à 3 ans (relation sexuelle ou pas)	Effectue l'examen gynécologique + cytologie (prélèvement) du col de l'utérus aux 2 à 3 ans (relation sexuelle ou pas)
Demande analyse d'urine	Demande analyse d'urine	Demande analyse d'urine
—	Demande dépistage du cancer colorectal	Demande dépistage du cancer colorectal
—	Mammographie aux 2 ans	Mammographie aux 2 ans
—	—	Évaluation du risque de chutes + problème cognitif

Les problèmes de santé visés par le dépistage sont :

- Dépistage de maladies chroniques par prélèvement sanguin :
 - Diabète;
 - Hypothyroïdie;
 - Hypercholestérolémie;
 - Arthrite;
 - Rhumatisme;
 - Anémie ou autres carences.
- Dépistage de cancers par examen :
 - Des seins par mammographie à tous les deux ans;
 - De la prostate;
 - Autres examens si antécédents familiaux (ex. : poumons, etc.);
 - De la peau;
 - Du côlon, du rectum.
- Dépistage de maladies cardiovasculaires par prise de tension artérielle;
- Dépistage de l'ostéoporose par ostéodensitométrie à tous les deux ans;
- Dépistage des maladies pulmonaires par le test du spiromètre.

ÉTAPE 2 : DES VÉRIFICATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Le médecin doit profiter de l'examen médical périodique pour surveiller d'autres symptômes possibles tels que :

- Dépistage et traitement de la ménopause :
 - Surveiller les symptômes : arrêt ou irrégularité des menstruations sur une année, bouffées de chaleur, irritabilité, augmentation du poids, périodes d'insomnie récentes.
- Suivi si changement significatif du poids :
 - Dépistage sanguin pour hypo ou hyperthyroïdie, diabète, anémie;
 - Recherche effets secondaires / de sevrage de la médication;
 - Révision de l'alimentation, de la sédentarité;
 - Dépistage de trouble gastrique ou respiratoire.
- Révision de la médication :
 - Recherche d'effets secondaires / de sevrage / de surdosage;
 - Révision de sa pertinence et la surmédication.

ÉTAPE 3 : LES AUTRES EXAMENS OU ÉVALUATIONS DE DÉPISTAGE

En plus de l'examen médical périodique par le médecin, certains examens ou évaluations supplémentaires sont nécessaires afin de rapporter les résultats au médecin lors de l'examen médical. L'intervenant pivot doit donc faire ou s'assurer qu'ils soient effectués. Il s'agit de :

- L'examen dentaire annuellement.
- L'examen de la vue à tous les deux ans si vision stable.

- L'examen ophtalmologique si trouble visuel détecté le nécessitant (ex. : cataracte, glaucome).
- Les indices de signes observables de vieillissement des personnes déficientes intellectuelles (SOI-52).
- Le dépistage des risques de chute si antécédents de chutes ou systématiquement dès l'âge de 50 ans (se référer au programme de prévention des chutes sur intranet).
- L'aide au dépistage des troubles de santé liés aux changements de l'autonomie fonctionnelle, si des changements ont été évalués à la partie 1 de ce document. Dans ce cas, se référer à la partie 3 de ce guide.

OUTIL AIDE-MÉMOIRE POUR LE SUIVI MÉDICAL RÉGULIER ET LES AUTRES EXAMENS OU ÉVALUATIONS EFFECTUÉS

Identification de l'usager : _____

Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jj)

Numéro de dossier : _____

L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE effectué le : _____ (aaaa/mm/jj)

1 L'examen physique de base tel que :

- Prise de la tension artérielle, de la pulsation et du poids (ou lui donner);
- Examen des conduits de l'oreille, de la gorge, des yeux;
- Auscultation du cœur et des poumons;
- Vérification de la peau et des téguments (incluant pli fessier et entre les orteils);
- Palpation de l'abdomen, des seins, des testicules, de la glande thyroïde (cou), des aines, des aisselles;
- Toucher rectal.

2 Les vérifications aux fins de prévention et de dépistage

40 à 50 ans	50 à 60 ans	60 ans et plus
<input type="checkbox"/> S'assure d'une dose du vaccin contre la coqueluche (dCaT) à vie + un rappel aux 10 ans par la suite du vaccin contre la diphtérie et le tétanos	<input type="checkbox"/> S'assure d'une dose du vaccin contre la coqueluche (dCaT) à vie + un rappel aux 10 ans par la suite du vaccin contre la diphtérie et le tétanos	<input type="checkbox"/> S'assure d'une dose du vaccin contre la coqueluche (dCaT) à vie + un rappel aux 10 ans par la suite du vaccin contre la diphtérie et le tétanos + <input type="checkbox"/> Vaccin contre la pneumonie pour ≥ 65 ans (1 fois à vie)
—	<input type="checkbox"/> Supplémentation de calcium et vitamine D	<input type="checkbox"/> Supplémentation de calcium et vitamine D
<input type="checkbox"/> Vérifie les habitudes de consommation de tabac + demande test de spiromètre	<input type="checkbox"/> Vérifie les habitudes de consommation de tabac + demande test de spiromètre	<input type="checkbox"/> Vérifie les habitudes de consommation de tabac + demande test de spiromètre
<input type="checkbox"/> Demande prélèvements sanguins de routine (formule sanguine, hormone thyroïdienne, hémoglobine glyquée) 1 fois par année + bilan lipidique (gras) + glycémie (sucre) aux 3 ans	<input type="checkbox"/> Demande prélèvements sanguins de routine (formule sanguine, hormone thyroïdienne, hémoglobine glyquée) 1 fois par année + bilan lipidique (gras) + glycémie (sucre) aux 3 ans	<input type="checkbox"/> Demande prélèvements sanguins de routine (formule sanguine, hormone thyroïdienne, hémoglobine glyquée) 1 fois par année + bilan lipidique (gras) + glycémie (sucre) aux 3 ans
<input type="checkbox"/> Demande prélèvements sanguins supplémentaires à des fins diagnostiques ou de contrôle lorsque trouble de santé existant	<input type="checkbox"/> Demande prélèvements sanguins supplémentaires à des fins diagnostiques ou de contrôle lorsque trouble de santé existant	<input type="checkbox"/> Demande prélèvements sanguins supplémentaires à des fins diagnostiques ou de contrôle lorsque trouble de santé existant
<input type="checkbox"/> Effectue l'examen gynécologique + cytologie (prélèvement) du col de l'utérus aux 2 à 3 ans (relation sexuelle ou pas)	<input type="checkbox"/> Effectue l'examen gynécologique + cytologie (prélèvement) du col de l'utérus aux 2 à 3 ans (relation sexuelle ou pas)	<input type="checkbox"/> Effectue l'examen gynécologique + cytologie (prélèvement) du col de l'utérus aux 2 à 3 ans (relation sexuelle ou pas)
<input type="checkbox"/> Demande analyse d'urine	<input type="checkbox"/> Demande analyse d'urine	<input type="checkbox"/> Demande analyse d'urine
—	<input type="checkbox"/> Demande dépistage du cancer colorectal + mammographie aux 2 ans	<input type="checkbox"/> Demande dépistage du cancer colorectal + mammographie aux 2 ans
—	—	<input type="checkbox"/> Évaluations du risque de chutes + problème cognitif

3 Des vérifications supplémentaires

- Dépistage et traitement de la ménopause :
- Suivi si changement significatif du poids :
 - Dépistage sanguin hypo ou hyperthyroïdie, diabète, anémie;
 - Recherche effets secondaires / de sevrage de la médication;
 - Révision de l'alimentation, de la sédentarité;
 - Dépistage de trouble gastrique ou respiratoire.
- Révision de la médication :
 - Recherche d'effets secondaires / de sevrage / de surdosage;
 - Révision de sa pertinence et la surmédication.

LES AUTRES EXAMENS OU ÉVALUATIONS DE DÉPISTAGE

- L'examen dentaire annuellement. Effectué le : _____ (aaaa/mm/jj).
- L'examen de la vue à tous les deux ans si vision stable. Effectué le : _____ (aaaa/mm/jj).
- L'examen ophtalmologique si trouble visuel détecté le nécessitant (ex. : cataracte, glaucome). Effectué le : _____ (aaaa/mm/jj).
- Les indices de signes observables de vieillissement des personnes déficientes intellectuelles (SOI-52). Effectué le _____ (aaaa/mm/jj).
- Le dépistage des risques de chute si antécédents de chutes ou systématiquement dès l'âge de 50 ans. Se référer au programme de prévention des chutes sur intranet. Effectué le : _____ (aaaa/mm/jj).
- Le guide d'aide au dépistage des troubles de santé liés aux changements de l'autonomie fonctionnelle. Effectué le _____ (aaaa/mm/jj).

PARTIE 3

LE DÉPISTAGE DES TROUBLES DE SANTÉ LIÉS AUX CHANGEMENTS DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Objectifs

Cette partie est un complément aux évaluations de l'autonomie fonctionnelle effectuées lorsque des changements apparaissent. C'est un outil d'aide au repérage de trouble de santé possible qui pourrait avoir un impact ou donner une signification au changement observé en tentant de faire des associations selon les fonctions qui sont atteintes. Il va également permettre la planification de la consultation médicale en pistant le médecin sur les examens ou les tests suggérés à travers ce guide et de suivre l'évolution des troubles de santé diagnostiqués.

Procédure

Le guide, fourni dans cette partie, est conçu avec les mêmes sections qu'au formulaire d'évaluations du **PROFIL DE L'ÉVOLUTION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE** de la partie 1. Il facilite donc le repérage puisque l'intervenant pivot aura à consulter la même section que le formulaire d'évaluations du profil où le changement a été noté.

1. Compléter les renseignements requis sur l'identification de l'utilisateur.
2. Se référer à la section où le changement a été observé pour identifier les troubles de santé possibles pouvant expliquer le changement et les tests ou examens suggérés pour en faire le dépistage.
3. Vérifier au dossier de l'utilisateur ou s'informer au médecin si ce test ou examen a déjà été effectué. Si tel est le cas, inscrire la date ainsi que le résultat dans la colonne appropriée.
4. Reporter les troubles de santé dépistés sur la grille synthèse de la page 31. Compléter les autres renseignements requis.
5. Reporter les tests ou examens à prévoir ou à demander à la consultation médicale sur la seconde grille synthèse prévue à cet effet et fournie également à la dernière page de cette partie.
6. L'original de cet outil complété doit être au dossier de l'utilisateur (papier et informatisé).

LE GUIDE D'AIDE AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DE SANTÉ LIÉS AUX CHANGEMENTS DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Identification de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jr) Numéro de dossier : _____

Diagnostic(s) : _____

1. FONCTIONS SENSORIELLES

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
- Trouble de vision : baisse, glaucome (et diabète sous-jacent), cataracte.	Examen de la vue (optométriste).		
	Examen ophtalmologique, si besoin.		
- Infection à l'œil.	Examen médical.		
- Trouble de l'audition.	Test audition en audiologie.		
- Infection de l'oreille.	Examen médical.		
- Bouchon de cérumen.			
- Hypo ou hyperthyroïdie (sensible au changement de la température).	Prélèvement sanguin.		
- Anémie (perte de sensation au niveau des pieds).	Prélèvement sanguin.		
- Carence en vitamine B ¹² (diminution de la perception sensorielle et des réflexes).	- Recherche d'effets secondaires de médicaments responsables de la carence.		
	- Prélèvement sanguin.		
	- Recherche de parasites intestinaux qui causent malabsorption de la B ¹² par analyse de selles.		

2. FONCTIONS COGNITIVES

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
- Démence de différents types (y compris maladie d'Alzheimer).	- Recherche d'histoire familiale de démence.		
	- Dépistage de démence par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet		
	- Évaluation de la mémoire en neuropsychologie.		

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> - Lésion cérébrale (ACV, tumeur, abcès, hématome, hydrocéphalie). - Traumatisme crânien. - Épilepsie. 	Investigation neurologique : <ul style="list-style-type: none"> o Examen et recherche histoire familiale ACV. o Scan cérébral. o EEG o Résonance magnétique. o Recherche d'histoire de chute. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Dépression 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'histoire antérieure et familiale d'état dépressif. - Dépistage d'un trouble de santé mentale par les outils de dépistage du répertoire disponible sur intranet (selon le niveau de déficience). 		
<ul style="list-style-type: none"> - Anémie (confusion, lenteur). - Déshydratation (baisse concentration). - Carence vitamine B¹² (perte de mémoire, lenteur). - Carence en acide folique (perte de mémoire, lenteur). - Trouble de la thyroïde (lenteur, confusion, mémoire, irritabilité). - Diminution du taux de sodium sanguin. - Diabète. - Ménopause chez la femme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement sanguin. - Recherche d'effets secondaires de médicaments qui provoquent ces troubles et/ou carences. - Recherche de symptômes de ménopause (bouffée de chaleur, irritabilité, arrêt ou irrégularité des menstruations depuis 1 an), selon l'âge. - Recherche de parasites intestinaux qui causent malabsorption de la B¹² par analyse de selles. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Effets secondaires ou surdosage de médicaments (neuroleptiques, anticonvulsivants, autres psychotropes). - Prise de 3 anticonvulsivants et/ou psychotropes et plus. - Prise de 3 médicaments et plus pour la personne de plus de 60 ans. - Foie qui métabolise mal les médicaments. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement sanguin pour dosage de ces médicaments si possible. - Prélèvement sanguin pour vérifier la fonction hépatique (foie). - Révision de l'heure idéale de l'administration de la médication. - Vérification si apparition de pertes cognitives survient en même temps que des symptômes physiques. Recherche d'effets secondaires observables possibles (SOI-51). - Vérification si apparition des pertes cognitives coïncide avec un changement de médication. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Baisse audition. 	Test audition.		
<ul style="list-style-type: none"> - Baisse vision. 	Examen de la vue (optométriste).		
<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de sommeil / apnée de sommeil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Compilation grille mensuelle du sommeil (SOI-45). - Recherche d'indices observables d'apnée de sommeil (SOI-46). - Test apnée du sommeil si les grilles le confirment. 		

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
- Effets d'une anesthésie générale récente.	Vérification si anesthésie récente (depuis 6 mois).		
- Problème de santé avec douleur.	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de diagnostic pouvant occasionner douleur. - Recherche d'indices de douleur par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet. 		

3. CAPACITÉ À SE DÉPLACER

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
- Trouble ostéo-articulaire : rhumatisme, arthrite, arthrose, ostéoporose, déformation de la colonne vertébrale, fracture de la hanche.	- Prélèvement sanguin.		
	- Ostéodensitométrie.		
	- Radiographie.		
- Trouble neuromusculaire dégénératif : Parkinson, sclérose, dystrophie, etc. - Épilepsie	Investigation neurologique :		
	o Examen / bilan sanguin.		
	o EMG (électromyogramme). o Résonance magnétique.		
- Fracture / foulure.	- Recherche antécédent de chute ou traumatisme (déclaration incident/accident).		
	- Recherche d'indices de douleur à : la palpation / examen des membres inférieurs, changement de coloration lors de la marche ou par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet.		
	- Recherche de symptôme de difficulté respiratoire à la marche (indice de douleur).		
- Trouble circulatoire : insuffisance cardiaque, veineuse.	- Électrocardiogramme		
- Hypotension/hypertension	- Prise de la tension artérielle régulièrement position couchée ou assise.		
	- Recherche d'effets secondaires des médicaments susceptibles de modifier la tension artérielle.		
- Démence (désorientation) de différents types.	- Recherche histoire familiale de démence.		
	- Dépistage de la démence par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet.		
- Effet secondaire/surdosage de médicaments (psychotropes). - Prise de 3 anticonvulsivants et/ou psychotropes et plus. - Prise de 3 médicaments et plus pour personne de plus de 60 ans.	- Prélèvement sanguin pour dosage des médicaments, si possible.		
	- Vérification si apparition de la diminution de la capacité à se déplacer coïncide avec un changement de médication.		
	- Recherche d'effets secondaires observables possibles (SOI-51).		

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation (étourdissements, crampes musculaires) - Carence vitamine B¹² (douleurs et raideurs des membres, difficulté à marcher). 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement sanguin. - Recherche d'effets secondaires de médicaments qui provoquent cette carence (ex. : anticonvulsivant). - Recherche de parasites intestinaux qui causent malabsorption de la B¹² par analyse de selles. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la vision / cataracte 	Examen de la vue (optométriste).		
<ul style="list-style-type: none"> - Labyrinthite (infection de l'oreille interne) qui provoque le vertige et déséquilibre. 	Examen médical.		
<ul style="list-style-type: none"> - Problème de santé avec douleur 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de diagnostic pouvant occasionner douleur. - Recherche d'indices de douleur par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet. 		

4. Communication

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> - Lésion cérébrale (ACV, tumeur, abcès, hématome, hydrocéphalie). - Trouble neurologique. - Traumatisme crânien. - Épilepsie 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigation neurologique : <ul style="list-style-type: none"> o Examen et recherche histoire familiale de ACV. o Scan cérébral. o EEG o Résonance magnétique. - Recherche d'histoire de chute. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Effet secondaire / surdosage des médicaments. - Prise de 3 anticonvulsivants et/ou psychotropes et plus. - Prise de 3 médicaments et plus pour personne de plus de 60 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification si apparition des pertes coïncide avec un changement de médicament. - Recherche d'effets secondaires observables possibles (SOI-51). - Prélèvement sanguin pour dosage des médicaments, si possible. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Dépression 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'histoire antérieure et familiale d'état dépressif. - Dépistage d'un trouble de santé mentale par les outils de dépistage du répertoire disponible sur intranet (selon le niveau de déficience). 		
<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation (étourdissements, baisse concentration) 	Prélèvement sanguin.		
<ul style="list-style-type: none"> - Hypothyroïdie (diminution de la compréhension, parle plus lentement). - Carence vitamine B¹² (difficulté à parler). 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'effets secondaires de médicaments provoquant hypothyroïdie et carence vitamine B¹². - Recherche de parasites intestinaux qui causent malabsorption de vitamine B¹² par analyse de selles. 		

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> - Démence (diminution de la concentration, perte de mémoire) de différents types. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'histoire familiale de démence. - Dépistage de la démence par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet. - Évaluation de la mémoire en neuropsychologie. 		

5. Image de soi

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> - Dépression 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'histoire antérieure et familiale d'état dépressif. - Dépistage d'un trouble de santé mentale par les outils de dépistage du répertoire disponible sur intranet (selon le niveau de déficience). 		
<ul style="list-style-type: none"> - Hypothyroïdie (symptômes dépressifs, apathie) - Anémie (lenteur, fatigue, perte d'énergie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement sanguin. - Recherche d'effet secondaire de médicaments provoquant ces troubles. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Problème de santé avec douleur 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de diagnostic pouvant occasionner douleur. - Recherche d'indices de douleur par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet. 		

6. AVQ
7. AVD
8. Utiliser un transport
9. Gérer son budget
10. Activités, travail, loisirs

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> - Démence de différents types. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'histoire familiale de démence. - Évaluation des comportements adaptatifs EQCA. - Dépistage de la démence par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet. - Évaluation de la mémoire en neuropsychologie. 		

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> - Lésion cérébrale (ACV, tumeur, abcès, hématome, hydrocéphalie). - Traumatisme crânien. - Épilepsie 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigation neurologique : <ul style="list-style-type: none"> o Examen et recherche histoire familiale ACV. o Scan cérébral. o Résonance magnétique. - Recherche histoire de chute. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Dépression 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'histoire antérieure et familiale d'état dépressif. - Dépistage d'un trouble de santé mentale par les outils de dépistage du répertoire disponible sur intranet (selon le niveau de déficience). 		
<ul style="list-style-type: none"> - Anémie (lenteur, fatigue). - Déshydratation (baisse concentration, fatigue) - Hypothyroïdie (lenteur, désorientation). - Diabète (incontinence urinaire). - Carence en acide folique et vitamine B¹² (malaise gastro-intestinal, perte mémoire, lenteur). 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement sanguin. - Recherche d'effets secondaires de médicaments provoquant ces troubles et/ou carences. - Recherche de parasites intestinaux qui causent malabsorption vitamine B¹² par analyse de selles. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Effet secondaire / surdosage de médicaments (anticonvulsivants, psychotropes). - Foie qui métabolise mal les médicaments. - Prise de 3 anticonvulsivants et/ou psychotropes et plus. - Prise de 3 médicaments ou plus pour personne de plus de 60 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement sanguin pour dosage des médicaments, si possible. - Prélèvement sanguin pour vérifier la fonction hépatique (foie). - Vérification si apparition des changements coïncide avec un changement de médicament. - Vérification si apparition des changements coïncide avec autres symptômes physiques. - Recherche effets secondaires observables possibles (SOI-51). 		
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble gastro-intestinal (bactérie H. pylori, parasite, intolérance lactose/gluten/caséine, gastrite et autres) qui cause incontinence fécale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement sanguin pour vérifier intolérance et présence du H. pylori. - Recherche de parasites intestinaux par analyse de selles. - Repas et lavement barytés s'il y a lieu (doute de trouble fonctionnel). 		
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble urinaire (infection, trouble fonctionnel). 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse et culture d'urine. - Analyses diverses des fonctions urinaires et vésicales. - Échographie pelvienne et abdominale. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Problème de santé avec douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de diagnostic pouvant occasionner douleur. - Recherche d'indices de douleur par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet. 		

11.Santé physique (pour items 11.4 et 11.5)

Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble neuromusculaire : dystrophie, sclérose latérale amyotrophique (faiblesse musculaire). 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigation neurologique : <ul style="list-style-type: none"> o Électromyogramme. - Prélèvement sanguin (CPK) et analyse génétique. 		
Trouble de santé possible	Tests de dépistage suggérés	Date si effectué	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> - Anémie (diminution de l'endurance). - Carence vitamine B¹² (diminution de l'endurance). - Hyperthyroïdie (faiblesse musculaire). - Déshydratation (mal de tête, crampes musculaires, étourdissements) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement sanguin. - Recherche d'effets secondaires de médicaments qui provoquent ces troubles et/ou carences. - Recherche de parasites intestinaux qui causent malabsorption de la B¹² par analyse de selles. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble gastro-intestinal : ulcère, parasite, bactérie H. pylori, trouble fonctionnel, intolérance gluten/lactose, diarrhée (diminution de poids). - Hypo ou hyperthyroïdie (augmentation ou diminution du poids). - Effet secondaire de médicament (augmentation ou diminution du poids). 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement sanguin (H. pylori, test intolérance). - Repas baryté et/ou gastroscopie. - Prélèvement selle pour recherche de parasites. - Prélèvement sanguin des fonctions thyroïdiennes. - Vérification si changement du poids et/ou de l'appétit coïncide avec l'introduction, l'augmentation ou l'arrêt d'un médicament. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Problème de santé avec douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de diagnostic pouvant occasionner douleur. - Recherche d'indices de douleur par les outils d'évaluation du répertoire disponible sur intranet. 		

GUIDE D'AIDE AU DÉPISTAGE DE TROUBLES DE SANTÉ LIÉS AUX CHANGEMENTS DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Les colonnes 1-2-3-4 correspondent aux évaluations 1-2-3-4 du profil des pertes. Insérer un X dans la (les) case (s) de la colonne de l'évaluation dont un trouble est déjà diagnostiqué et récurrent ou qui est nouvellement dépisté (se reporter aux résultats des tests/examens).

	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Trouble vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trouble audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Labyrinthite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trouble articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Fracture / foulure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trouble neuromusculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trouble neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trauma crânien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Lésion cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Démence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trouble circulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hypotension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trouble sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trouble urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trouble gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Carence vitamine B ₁₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Carence acide folique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Effet sec. médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ménopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	1. Fonctions sensorielles				2. Fonctions cognitives				3. Capacité à se déplacer				4. Communication				5. Image de soi				6. AVQ 7. AVD 8. Transport 9. Budget 10. Activités, travail, loisirs				11. Santé physique			

Nom de l'utilisateur

Date de naissance

Évaluation du profil 1

Date

Signature

Évaluation du profil 2

Date

Signature

Évaluation du profil 3

Date

Signature

Évaluation du profil 4

Date

Signature

GRILLE SYNTHÈSE DES TESTS OU EXAMENS DE DÉPISTAGE À PRÉVOIR

1. Reporter à cette grille synthèse, les tests / examens / actions qui sont à prévoir en rapport avec les changements.
2. Cocher ✓ lorsque ce sera fait.
3. Inscrire la date et le résultat du test / examen / action au guide de la partie 3 lorsque effectué.

		TESTS / EXAMENS / ACTIONS À PRÉVOIR							
		Évaluation 1	✓	Évaluation 2	✓	Évaluation 3	✓	Évaluation 4	✓
1. Fonctions sensorielles			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
2. Fonctions cognitives			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
3. Capacité à se déplacer			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4. Communication			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5. Image de soi			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6. AVQ 7. AVD 8. Transport 9. Budget 10. Activités, travail, loisirs			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
12. Santé physique			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>