

## Questionnaire d'évaluation SAOP3

1. Activités de la vie quotidienne / Activités instrumentales de la vie quotidienne (ADL/IADL) :

	(cochez une réponse par ligne)		
a. Utilisez-vous une canne, un déambulateur, ou un fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, parfois	<input type="checkbox"/> Non
b. Avez-vous besoin d'aide pour vous lever (d'un lit ou d'une chaise) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, parfois	<input type="checkbox"/> Non
c. Avez-vous trébuché ou êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, parfois	<input type="checkbox"/> Non
d. Avez-vous des problèmes de perte d'urine ou de selles ( <i>plus que de petites quantités contrôlées avec un protège-slip</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, parfois	<input type="checkbox"/> Non
e. Pouvez-vous vous habiller complètement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Non
f. Pouvez-vous vous nourrir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Non
g. Pouvez-vous conduire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais conduit	<input type="checkbox"/> Non
h. Pouvez-vous préparer vos repas ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Non
i. Pouvez-vous faire vos courses ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Non
j. Pouvez-vous gérer vos finances ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Non
k. Pouvez-vous utiliser le téléphone ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Non
l. Etes-vous capable de prendre vos médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Non
m. Pouvez-vous prendre un bain ou vous doucher complètement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous perdu plus de 3 kilos (5 livres) au cours des 6 derniers mois sans suivre de régime ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
3. Votre appétit a-t-il diminué au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
4. Y a-t-il eu des changements du type d'aliments que vous pouvez manger ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
5. Avez-vous des soucis financiers concernant vos médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
6. Dormez-vous bien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
7. Le cas échéant, est-ce que quelqu'un pourrait prendre soin de vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
8. Etes-vous triste la plupart du temps ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
9. Avez-vous perdu de l'intérêt pour les choses qui vous faisaient plaisir (loisirs, nourriture, sexe, activités avec amis et famille) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
10. Sur une échelle de 1 à 10, notez votre qualité de vie actuelle (10 étant la meilleure, 1 la pire). <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			
11. Sur une échelle de 1 à 10, notez votre santé actuelle (10 étant excellente, 1 mauvaise). <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			

Signature du personnel soignant : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



\*16952-1-004\*

05/19

PATIENT NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____ MR#: _____
---

# Questionnaire d'évaluation SAOP3

## The Mini-Cog Evaluation™

Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author ([soob@uw.edu](mailto:soob@uw.edu)). v. 01.19.16.

### Instructions pour le Mini-Cog

#### Étape 1 : Mémoriser trois mots

Regardez directement la personne et dites: « écoutez attentivement. Je vais citer trois mots que vous devrez me répéter tout de suite, puis essayer de mémoriser. Il s'agit des mots [sélectionnez une liste de mots dans les versions ci-dessous]. Pouvez-vous maintenant me les répéter. » Si la personne n'est pas capable de répéter les mots après trois tentatives, passez à l'étape 2 (dessin de l'horloge).

Version 1	Version 2	Version 3	Version 4	Version 5	Version 6
Banane	Chef	Village	Fleuve	Capitaine	Fille
Matin	Saison	Cuisine	Nation	Jardin	Paradis
Chaise	Table	Bébé	Doigt	Image	Montagne

#### Étape 2 : Dessin de l'horloge

Dites : « À présent, je voudrais que vous me dessiniez une horloge. Commencez par écrire tous les chiffres à leur place. » Une fois que les participants ont terminé, dites : « Maintenant, dessinez les aiguilles de sorte à lire 11h 10 ». Utilisez le cercle préimprimé (voir page suivante) pour cet exercice. Répétez les instructions autant de fois que nécessaire, car il ne s'agit pas d'un test de mémoire. Passez à l'étape 3 si l'horloge n'est pas remplie dans un délai de 3 minutes.

#### Étape 3 : Rappel des trois mots

Demandez à la personne de vous rappeler les trois mots que vous avez cités lors de l'étape 1. Dites : « Quels étaient les trois mots que je vous ai demandé de mémoriser ? ». Consignez ci-dessous le numéro de la version de la liste de mots et les réponses de la personne.

Version de la liste de mots : \_\_\_\_\_ Réponses de la personne : \_\_\_\_\_



Form #16952-1-004 5/19

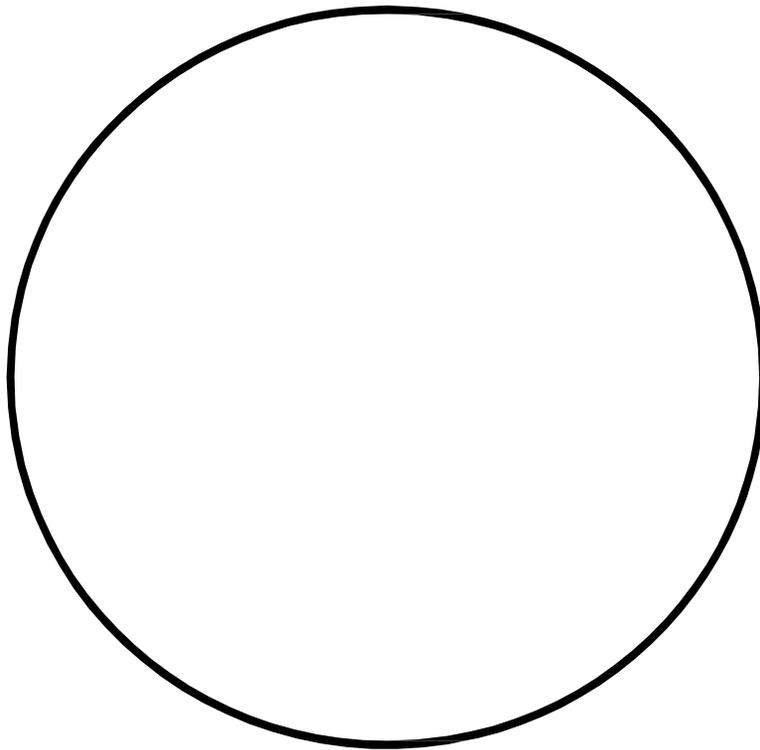
EHR: Senior Adult Patient Questionnaire

PATIENT NAME: _____
DATE OF BIRTH: _____
MR#: _____

# Questionnaire d'évaluation SAOP3

## The Mini-Cog Evaluation™

Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author ([soob@uw.edu](mailto:soob@uw.edu)). v. 01.19.16.



PATIENT NAME: _____
DATE OF BIRTH: _____
MR#: _____

## Questionnaire d'évaluation SAOP3

<b>EVALUATION DU MINI COG</b>	
Nombre de mots répétés correctement : __ (si 3 mots corrects : normal, si 1-2 mots corrects : voir l'horloge, si 0 mots corrects : problème cognitif)	
Si 1-2 mots corrects, le dessin de l'horloge est-il anormal ?	[ ] Non (normal)
[ ] Oui (problème cognitif)	

<b>ORIENTATION DU PATIENT (Cette section peut être adaptée au contexte local)</b>
ADL/IADL questions mobilité (1.a - 1.d) : Si au moins deux réponses oui, alors orienter vers : [Si « oui, parfois » à 1d, on peut réaliser le questionnaire 3 d'incontinence modifié(3IQ)] <input type="checkbox"/> <i>Physiothérapie-kinésithérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>En cours de traitement</i> <input type="checkbox"/> <i>Décliné par patient</i>
ADL/IADL questions (1.e - 1.m) : Si plus d'une réponse n'est pas oui, orienter vers : <input type="checkbox"/> <i>Physiothérapie-kinésithérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>Ergothérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>En cours de traitement</i> <input type="checkbox"/> <i>Décliné par patient</i>
Nutrition (2 - 4) : Si au moins deux réponses positives, orienter vers : <input type="checkbox"/> <i>Nutritionniste</i> <input type="checkbox"/> <i>En cours de traitement</i> <input type="checkbox"/> <i>Décliné par patient</i>
Psychosocial (7-9): Si réponse est <b>Non</b> pour 7 et/ou <b>Oui</b> pour 8 ou 9, orienter vers : <input type="checkbox"/> <i>Consultation de psychologique-psychiatrique</i> <input type="checkbox"/> <i>Assistante sociale</i> <input type="checkbox"/> <i>Décliné par patient</i>
Questions qualité de vie et santé (10 - 11) : Si score inférieur à 8, orienter vers : <input type="checkbox"/> <i>Assistante sociale</i> <input type="checkbox"/> <i>Consultation psychologique-psychiatrique</i> <input type="checkbox"/> <i>Décliné par patient</i>
Mini-Cog : positif pour problème cognitif, orienter vers : <input type="checkbox"/> <i>Ergothérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>Logopédie/orthophonie</i> <input type="checkbox"/> <i>Neurologue/Gériatre</i> <input type="checkbox"/> <i>Décliné par patient</i>
Plus de 5 médicaments, orienter vers : <input type="checkbox"/> <i>Pharmacien</i> <input type="checkbox"/> <i>Décliné par patient</i>
Si <b>Non à la question 5</b> , orienter vers : <input type="checkbox"/> <i>Assistante sociale et/ou</i> <input type="checkbox"/> <i>Service financier</i> <input type="checkbox"/> <i>Décliné par patient</i>
Si <b>Non</b> à question 6 : réaliser le Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) pour décider de l'orientation.

Signature du personnel soignant \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom du personnel soignant: \_\_\_\_\_ Bip/DECT: \_\_\_\_\_



PATIENT NAME: _____
DATE OF BIRTH: _____
MR#: _____