

Questionnaire d'évaluation SAOP 2

Nom : _____ N° patient : _____ Âge : _____
 Diagnostic : _____ MD _____

1. Le cas échéant, est-ce que quelqu'un pourrait prendre soin de vous? Oui Non
2. Êtes-vous triste la plupart du temps? Oui Non
3. Avez-vous perdu de l'intérêt pour les choses qui vous faisaient plaisir (loisirs, nourriture, sexe, activités avec la famille et les amis)? Oui Non
4. Sur une échelle de 1 à 10, donnez une cote à votre qualité de vie actuelle (10 étant la meilleure et 1 la pire).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Pire</i>					<i>Meilleure</i>				
5. Sur une échelle de 1 à 10, donnez une cote à votre santé générale actuelle (10 étant excellente et 1 mauvaise).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>[Mauvaise]</i>			<i>[Passable]</i>			<i>[Bonne]</i>		<i>[Excellente]</i>	
6. Activités de la vie quotidienne :

Pouvez-vous vous habiller complètement?...	Oui	Oui, avec de l'aide	Non
Pouvez-vous vous nourrir?	Oui	Oui, avec de l'aide	Non
Utilisez-vous une canne, une marchette ou un fauteuil roulant?.....	Oui	Oui, parfois	Non
Avez-vous besoin d'aide pour vous lever (du lit ou d'une chaise)?.....	Oui	Oui, parfois	Non
Êtes-vous incontinent(e)?.....	Oui	Oui, parfois	Non
Avez-vous besoin d'aide pour prendre une douche ou un bain?.....	Oui	Oui, parfois	Non
Avez-vous trébuché ou êtes-vous tombé(e) au cours de l'année dernière?.....	Oui	Non	
Pouvez-vous conduire?	Oui	Je n'ai jamais conduit	Non
Pouvez-vous préparer vos repas?.....	Oui	Oui, avec de l'aide	Non
Pouvez-vous faire vos emplettes?	Oui	Oui, avec de l'aide	Non
Pouvez-vous gérer vos finances?.....	Oui	Oui, avec de l'aide	Non
Pouvez-vous utiliser le téléphone?.....	Oui	Oui, avec de l'aide	Non
Vous rappelez-vous de prendre vos médicaments?	Oui	Oui, avec de l'aide	Non

7. Avez-vous perdu 2,2 kg (5 livres) ou plus au cours des six derniers mois sans suivre de régime?
Oui Non
8. Votre appétit a-t-il diminué au cours des 3 derniers mois? Oui Non
9. Y a-t-il eu des changements au type d'aliments que vous pouvez manger? Oui Non
10. Pouvez-vous toujours payer vos médicaments d'ordonnance? Oui Non
11. Dormez-vous bien? Oui Non

Veillez arrêter ici. Merci!

Traduit du questionnaire en anglais créé par le Senior Adult Oncology Program à H. Lee Moffitt Cancer Center"

*** Je vais nommer trois objets (crayon, camion, livre) et vous demander de les répéter maintenant, puis dans quelques minutes pour tester votre mémoire.

12. Épelez le mot « clown » à l'envers. n-w-o-l-c..... 5 points = ____
13. Quelle date et quel jour sommes-nous aujourd'hui?
Jour ____ Mois ____ Année ____, le jour de la semaine 4 points = ____
14. Pouvez-vous répéter les trois objets que j'ai mentionnés plus tôt?
1[] 2[] 3[]..... 3 points = ____
- Total = ____
15. Combien de médicaments/herbes médicinales/vitamines prenez-vous? _____
Aucun []

Renseignements supplémentaires :

P ECOG : _____ Poids habituel = _____ Poids actuel = _____

Alimentation : IMC _____ MÉN _____ Référence : Non Oui

TS : ÉÉD _____ MESM _____ Référence : Non Oui

P ECOG = Performance selon le *Eastern Cooperative Oncology Group*

IMC = Indice de masse corporelle

MÉN = Mini évaluation nutritionnelle

TS = Travail social

ÉÉD = Échelle d'évaluation de l'état dépressif chez les personnes âgées

MESM = Mini examen de la santé mentale