

# ICOPE MONITOR STEP 1 DE L'OMS



Date du test :

Evaluation initiale     Suivi – monitoring

Nom et prénom :

Date et ville de naissance :

Téléphone:

Adresse mail:

Nom et ville du médecin traitant :

Fonctions évaluées	Tests	Résultats
<b>Cognition</b>	1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	2. Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	3. Apprentissage de 3 mots : Cigare, fleur et porte	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	4. Orientation temporo-spatiale : <i>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</i>	<b>Bonnes réponses</b> <input type="radio"/> Année <input type="radio"/> Mois <input type="radio"/> Jour du mois <input type="radio"/> Jour de la semaine
<b>Nutrition</b>	Poids actuel : ..... Kg	
	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Cognition</b>	Rappel des trois mots -	<b>Bonnes réponses</b> <input type="radio"/> mot 1 <input type="radio"/> mot 2 <input type="radio"/> mot 3
<b>Vision</b>	Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Audition</b>	Test de Whisper (test de chuchotement) :	<b>Bonnes réponses</b>
	- Se mettre derrière le sujet à une distance d'un bras tendu	<input type="radio"/> Oreille droite
	- Lui demander de placer un doigt sur le tragus de l'oreille gauche	<input type="radio"/> Oreille gauche
	- Chuchoter un mot avec 2 syllabes distinctes vers l'oreille droite	
	- Demander au sujet de répéter le mot	
- Faire de même pour l'autre oreille		
<b>Psychologie</b>	Au cours des deux dernières semaines:	
	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Mobilité</b>	Test de lever de chaise :	Temps en sec : .....
	- Se lever d'une chaise 5 fois de suite le plus rapidement possible, - Bras croisés sur la poitrine - Départ assis, fin debout	
	1. Réalisation des cinq levers	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	2. Si non, combien de levers de chaise réalisés? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	3. Si 0, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Evaluation step 2 si perte nouvelle et significative à une des fonctions