



## Clinique de mémoire

Histoire	
Nom du patient:	Âge du patient :
Nom du médecin de famille:	Date:
1. Histoire familiale pour la démence (lien? âge du début de la démence?) _____ _____ _____	
2. Histoire psychiatrique _____ _____ _____	
3. Langue maternelle: _____ Maîtrise de l'anglais <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> faible	
4. État civil: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> remarié	
5. Conditions de vie: <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec conjoint/conjointe <input type="checkbox"/> avec conjoint de fait <input type="checkbox"/> avec un ami <input type="checkbox"/> avec un enfant <input type="checkbox"/> en institution <input type="checkbox"/> autre : _____ Aidant principal (s'il y a lieu) _____	
6. Enfants: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> combien: _____ Autre personne importante (par exemple un ami ou voisin): _____	
7. Études: Nombre d'années: _____ Ancien ou actuel emploi: _____ <i>Préciser (incluant femme au foyer)</i>	
8. Procuration: Financière <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Soins de la personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, qui: _____ <i>(époux/épouse, enfant, ami, préciser si autre personne)</i>	
9. Mobilité: Problèmes avec chutes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, précisez _____ _____	