



Clinique de mémoire **Entretien avec membre de la famille ou aidant**

Nom du patient: _____ Âge: _____ Date: _____

Nom du médecin: _____

Évaluation initiale **OU** Évaluation de suivi Date: _____

Informations données par: _____ Relation: _____

Activités instrumentales de la vie quotidienne:

Tâche	Performance
Magasinage	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tâches ménagères, Passe-temps (utilisation de l'ordinateur)	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Comptabilité – Affaires bancaires, factures, impôts, manipulation de l'argent, # NIP	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préparation des aliments et sécurité	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Téléphone, Outils, Transports	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Activités de la vie quotidienne:

Tâche	Performance
Habillement	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Alimentation	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Démarche	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faire sa toilette	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Observations:

Risques:

Tâche	Performance
Errance, vagabondage	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Danger immédiat (feu, chutes, fragilité, armes à feu)	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Idées suicidaires (Cornell & SIGECAPS)	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Parenté (abus, système de soutien)	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Social, Toxicomanie, Gestion des médicaments, Cigarettes, Conduite, Négligence de soi	Changements significatifs de la norme ou depuis la dernière évaluation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Plan:

--

Complété par _____ Signature _____