



## **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:**

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

**Activités de la vie quotidienne:**

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

**Observations:**

--

**Risques:**

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

**Plan:**

--

Complété par \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_