

Questionnaire salle d'attente auprès du proche aidant

IDENTIFICATION	
Nom du patient :	Nom du proche aidant :
Date de naissance : Âge :	Lien :
# Dossier :	Date de la visite :

OBSERVATIONS DU PROCHE AIDANT	OUI	NON	COMMENTAIRES, DEPUIS QUAND ?
Répète les mêmes questions/mêmes histoires			
Difficulté à trouver ses mots			
Mélange les mots dans une phrase			
Oublie des conversations			
Doit prendre plus de notes qu'auparavant			
Oublie des événements (fêtes, faits publics, etc.)			
Oublie les visages familiers			
Oublie le nom des proches			
Oublie de prendre ses médicaments			
Oublie où il a mis ses objets			
Oublie des commissions			
Oublie des rendez-vous			
Oublie de payer les factures			
Oublie de transmettre les messages			
Conduite routière dangereuse (manque arrêts, accidents récents, accrochage, contravention...)			
Perd sa voiture dans le stationnement			
Se perd en se promenant à pied ou en voiture			
Difficulté à gérer ses finances et/ou comptes			
Difficulté à planifier une activité (organisation)			
Difficulté à résoudre les problèmes			
Difficulté à faire le lavage (grosseur des brassées, oublie le linge dans la laveuse, mélange les couleurs, etc.)			

OBSERVATIONS DU PROCHE AIDANT	OUI	NON	COMMENTAIRES, DEPUIS QUAND ?
Difficulté à se servir d'appareils ménagers (micro-ondes, cuisinière, etc.)			
Difficulté à se servir d'appareils électroniques (téléphone, télécommande, ordinateur, cellulaire)			
Difficulté à se servir du téléphone (composer, trouver un numéro, répondeur)			
Difficulté à s'habiller (vêtement mis à l'envers, bonne saison, agencement des couleurs)			
Difficulté à prendre ses médicaments (comprendre le pilulier, heure de la prise du médicament)			
Difficulté à faire la cuisine (manque ou oublie les recettes habituelles)			
Difficulté à faire son épicerie (achète en double, oublie malgré sa liste, se perd au magasin)			
Néglige le ménage (entretien de la maison, désordre inhabituel)			
Néglige son hygiène (bain/douche, cheveux, vêtements souillés)			
Incontinence urinaire et/ou fécale			

CHANGEMENTS RÉCENTS DE COMPORTEMENT	OUI	NON	COMMENTAIRES, DEPUIS QUAND ?
Dépression, Anxiété			
Hallucinations ☐ Visuelles ☐ Auditives			
Irritabilité			
Agressivité ☐ Verbale ☐ Physique			
Délire/fausse croyance (pense qu'on le vole)			
Perturbation par un changement de routine			
Troubles du sommeil			
Troubles alimentaires (a +/- d'appétit)			
Manque d'initiative			
Manque d'intérêt (n'a plus le goût à ses loisirs)			
Manque d'inhibition (langage et/ou attitude dérangeants pour la famille)			

Commentaires : _____

Signature : _____

Date : _____

Référence : Nathalie Lamarre, ergothérapeute Hôpital gériatrique de jour CSSS Haut-Richelieu-Rouville(2013-2014)
Source : Questionnaire Clinique Cedra (Centre Diagnostique Recherche Alzheimer)
Questionnaire Salle d'attente PAM GMF Loretteville / Val-Bélair