

ICOPE Monitor - STEP 1- Diagnostic

Support papier en cas de problème de connexion

Date du test :

Evaluation initiale

Evaluation de suivi

Nom et prénom :

Date de naissance..... Ville de naissance :.....

Tél. portable : Adresse mail :

Nom du médecin traitantVille :.....

« Je certifie avoir obtenu l'accord du patient » Le :...../...../2022..... Signature :

Fonctions	Tests	Résultats
MOBILITÉ	Test de lever de chaise :	
	■ Réalisation des cinq levers en moins de 14 secondes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	■ Si non, combien de levers de chaise réalisés?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	■ Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NUTRITION	Perte de poids :	Poids actuel :..... Kg
	■ Avez-vous perdu involontairement au moins 3 kg au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	■ Avez-vous perdu l'appétit récemment ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
VISION	■ Avez-vous des problèmes avec vos yeux ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	■ Avez-vous des difficultés en vision de loin, pour lire, pathologie oculaire ou médicament (<i>ex diabète, HTA</i>)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AUDITION	Test de Whisper (test de chuchotement) :	
	■ Oreille droite capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	■ Oreille gauche capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

COGNITIF

- Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation? OUI NON
- Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois? OUI NON
- Mémoriser ces 3 mots : Citron, clé, ballon OUI NON

Orientation temporo-spatiale : Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

- Année OUI NON
- Jour de la semaine OUI NON
- Mois OUI NON
- Jour du mois OUI NON

Répéter les trois mots mémorisés :

- Mot 1 OUI NON
- Mot 2 OUI NON
- Mot 3 OUI NON

PSYCHOLOGIE

Au cours des deux dernières semaines :

- Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? OUI NON
- Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ? OUI NON

A l'issue de la consultation quelles actions ont été prises?

- **Absence d'anomalie** : conseils généraux OUI NON
- **Anomalie connue et prise en charge adaptée** : conseils ciblés OUI NON
- **Nouvelle anomalie** : conseil de rendez-vous auprès de son médecin traitant OUI NON
- **Nouvelle anomalie** : prise de rendez-vous immédiate auprès du médecin traitant. OUI NON



Source : Modèle de document du Gérontopôle du CHU de Toulouse