



CAHIER DE RECUEIL

Ce cahier de recueil, à remplir par l'IDEL, comporte :

- 1- Test de dépistage ONCODAGE
- 2- Test de dépistage cognitif (Mini-cog)
- 3- le recueil des antécédents de chute dans les 12 derniers mois
- 4- Test du lever de chaise
- 5- Le dépistage d'une fragilité sociale.

*Le résultat des dépistages est à adresser ensuite
au médecin référent prescripteur **et** au médecin traitant.*

DATE D'APPEL DU PATIENT POUR PRISE DE RDV : _____

DATE DU RECUEIL : _____

PRESCRIPTEUR

Nom : Dr _____

Spécialité : _____

Lieu d'exercice : Libéral Etablissement

Ville : _____

PATIENT

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : _____

Commune du domicile : _____

Lieu de vie : Domicile individuel Résidence sénior

DIFPAD Onco déjà réalisé : oui, date : non ne sait pas

IDEL

Nom : _____

Prénom : _____

N° RPPS : _____

Commune d'exercice : _____

1 - ONCODAGE G8 – DÉPISTAGE DES FRAGILITÉS GÉRIATRIQUES¹

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80
	SCORE TOTAL	0 – 17

Nécessite une prise en charge diététique : oui non

Commentaire libre :

2- TEST DE DÉPISTAGE COGNITIF - MINI-COG²

ETAPE 1 : MEMORISATION DE 3 MOTS

Version 1	Version 2	Version 3	Version 4	Version 5	Version 6
Banane Lever du soleil Chaise	Chef Saison Table	Village Cuisine Bébé	Fleuve Nation Doigts	Capitaine Jardin Image	Fille Paradis Montagne

ETAPE 2 : DESSIN DE L'HORLOGE : VOIR PAGE 4*

ETAPE 3 : RAPPEL DES 3 MOTS

EVALUATION

Rappel des 3 mots : _____ (0 à 3 points)

Dessin de l'horloge : _____ (0 ou 2 points)

Score total : _____ (0 à 5 points)

Préconisation infirmière pour la prescription médicale pour la distribution de médicaments.

3 - CHUTES DANS LES 12 DERNIERS MOIS³

Nombre de chutes = _____ (0 ou plus)

Critères de gravité ? _____

Commentaire libre : _____

4 - TEST DU LEVER DE CHAISE⁴

Nombre de lever de chaise en 30 secondes, ou plus = _____ (0 ou plus)

Précisez les raisons si le test est non réalisable : _____

²Mini-Cog © S. Borson. Tous droits réservés. Reimprimé avec l'autorisation de l'auteur et uniquement à des fins cliniques et pédagogiques. Toute modification ou utilisation à des fins commerciales, publicitaires ou de recherche sans l'autorisation de l'auteur (soob@uw.edu) est interdite.v. 01.19.16

³https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf

⁴Fournier, J., Vuillemin, A., & Le Cren, F. (2012). Mesure de la condition physique chez les personnes âgées. Évaluation de la condition physique des seniors : adaptation française de la batterie américaine « Senior Fitness Test ». Science & sports, 27(4), 254-259

5 - DEPISTAGE D'UNE FRAGILITE SOCIALE

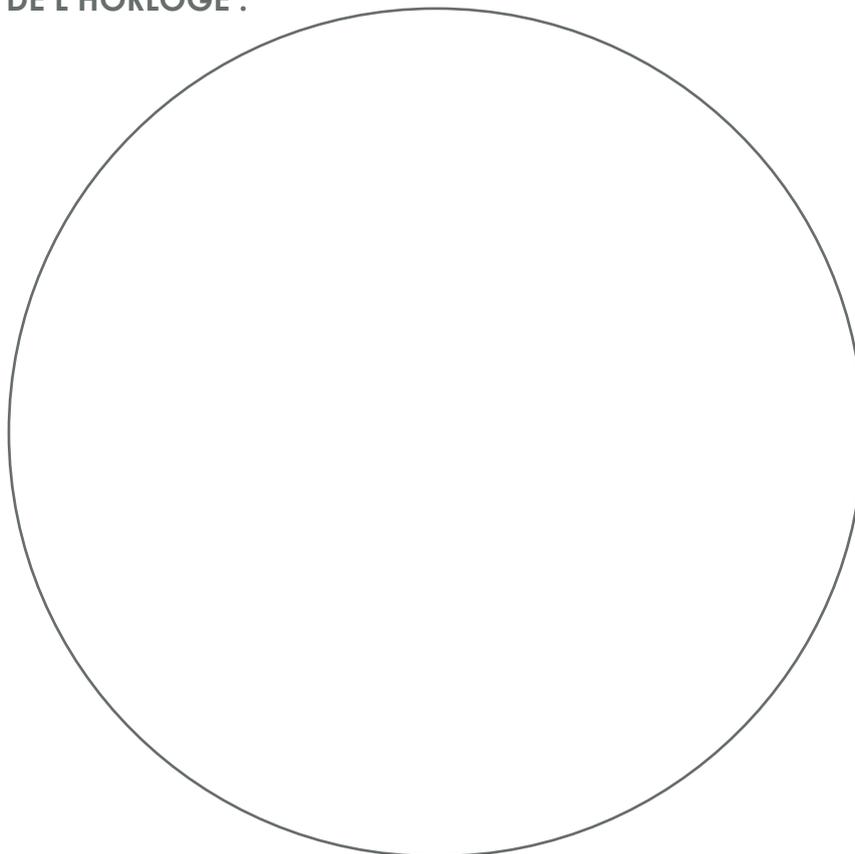
Problème social ?

- vit seul sans aidant potentiel
- vit seul et fragilité gériatrique* (limitation pour activités de la vie quotidienne, cognitive, et/ou chutes)
- entourage insuffisant ou aidant principal d'une personne dépendante*
- domicile inadapté

Nécessitant une prise en charge sociale: oui non

Commentaire libre : _____

***ETAPE 2 : DESSIN DE L'HORLOGE :**



Temps (en minutes) de réalisation de la globalité du dépistage :min.

Le résultat des dépistages est à adresser
au médecin référent prescripteur **et** au médecin traitant.

Contact en cas de besoin :
URPS Infirmiers de Normandie - 06.71.70.07.72 / secretariat@urps-infirmiers-normandie.fr

**une évaluation gériatrique personnalisée est fortement recommandée si non réalisée récemment*