

ICOPE MONITOR - ETAPE 1 – AUTOEVALUATION

Domaines	Tests	Résultats
Cognition	1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est) ? 2. Avez-vous constaté une aggravation de ces problèmes au cours des 6 derniers mois ou depuis la dernière évaluation ? 3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon 4. Orientation temporelle : <i>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</i> - Année - Mois - Jour de la semaine - Jour du mois	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
Nutrition	- Quel est votre poids actuel ? - Quelle est votre taille ? - Calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) 1. Avez-vous perdu involontairement plus de 3kg au cours des 3 derniers mois ? 2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	Poids actuel : Kg Taille :cm IMC :kg/m² ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
Cognition	Vous avez entendu 3 mots à retenir, quels sont-ils ? Mot 1 Mot 2 Mot 3	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
Vision	1. Avez-vous : - des problèmes de vue : difficultés pour voir de loin ou pour lire (même avec vos lunettes si vous en portez), - ou des maladies de l'œil, des douleurs ou de l'inconfort de l'œil, - ou du diabète, de l'hypertension artérielle, - ou un traitement par corticoïdes ou des médicaments pour les yeux ? Si au moins une de ces propositions est vraie, répondez « oui » : - Si oui, avez-vous consulté un ophtalmologue durant les 12 derniers mois ou avez-vous un rendez-vous prochainement ? 2. Avez-vous l'impression que votre vue a baissé au cours des 6 derniers mois ou depuis votre dernière évaluation (même avec vos lunettes si vous en portez) ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
Audition	1. Avez-vous un problème d'audition perçu par vous ou votre entourage (même avec votre appareil auditif si vous en portez) ?	☐ Oui ☐ Non
Psychologie	Au cours des deux dernières semaines : 1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Mobilité	Test de lever de chaise : 1. Temps en secondes : 2. Avez-vous réussi à effectuer les 5 levers de chaise ?	Temps en sec..... ☐ Oui ☐ Non
Soutien social	1. Avez-vous des soucis de logement : état du logement, localisation, sécurité ? 2. Avez-vous des difficultés financières pour payer la nourriture, le logement et les soins de santé ? 3. Vous sentez-vous souvent seul ? 4. Avez-vous des difficultés à pratiquer des loisirs ou d'autres activités sociales importantes pour vous ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
Soutien aux aidants	Etes-vous aidant d'une personne malade ou dépendante ? Si la réponse est « Oui », répondez aux questions suivantes : 1. Pensez-vous bénéficier du soutien dont vous avez besoin dans votre rôle d'aidant ? 2. Vous sentez-vous capable de fournir les soins et le soutien nécessaires ? 3. Est-ce que votre rôle d'aidant a un impact négatif sur votre vie (physiquement, mentalement, financièrement, socialement) ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
Mobilité	Test de lever de chaise : Temps en secondes : 1. Avez-vous réussi à effectuer les 5 levers de chaise ?	Temps en sec..... ☐ Oui ☐ Non
Continence urinaire	1. Vous arrive-t-il d'avoir des fuites urinaires ?	☐ Oui ☐ Non