

## Evaluation Gériatrique

### Données personnelles et administratives

Informations recueillies à domicile, le : ..... Par : .....

1<sup>ère</sup> évaluation  Réévaluation  Médecin traitant ou demandeur:.....

Suivi global  Suivi conjoint  Evaluation ponctuelle Hojour

**Besoin d'interprète** : non  oui  ; **Informations** : .....

### ANAMNESE ACTUELLE

.....  
.....  
.....  
.....

### Diagnostics et antécédents médicaux- chirurgicaux :

.....  
.....

### Allergies : (préciser type de réaction) :

.....

### Traitement à domicile en cours :

.....  
.....  
.....

### Facteurs de risque CVX: (diabète, HTA, dyslipidémie, sédentarité, AF+, tabac, surpoids, stress, microalbuminurie) :

.....

### Fonction rénale: (créatinine, poids, clearance)

.....

## ANAMNESE GENERALE

### Antécédents familiaux :

.....  
.....

Tabac :  N'a jamais fumé  Ancien fumeur  Fumeur actif  Exposition à la fumée passive

Alcool :  N'a jamais consommé  Ancienne consommation  Consommation actuelle

Cannabis :  N'a jamais consommé de cannabis  Ancienne consommation de cannabis  
 Consommation actuelle de cannabis

Consommation autre substance : .....

Internet/jeux d'argent : .....

**Social- Histoire de vie :**  Vit seul  Avec conjoint  avec enfants/personne à charge  
 animal

Précisions : .....

**Logement actuel:** Code entrée : ..... Etage : .....

Appartement  Villa  Appartement avec encadrement  Ascenseur  Escalier d'accès

Le lieu de vie est-il précaire (ex: électricité, chauffage, eau, téléphone...)  oui  non

### Environnement familial:

.....

### Prise en charge / ressources :

suffisantes  droit aux prestations complémentaires Suivi social : en place  à prévoir

Assistant social / curateur :  oui  non .....

### Alimentation :

**Habitudes alimentaires et hydriques :** (rythme, structure, qualité, quantité ; hydratation ; poids de référence)

.....  
.....

**Dentition / prothèse dentaire (haut/bas) :**  oui  non  adapté

.....

**Etat du frigo**  aliments périmés  vide  ok

Commentaire : .....

**Allergies alimentaires ou intolérances**  oui  non

Lesquelles : .....

**Régime** (*végétarien, mixé*)  oui  non

Précisions : .....

## Comportement- cognition- thymie:

### **Comportement / Présentation :**

**A des troubles du comportement** (agressivité / opposition)  oui  non

Précision / description (niveau de conscience, apparence générale, attitude, comportement moteur) :  
.....

Auto-évaluation de son état de santé par le patient : bon / moyen / mauvais

Sentiment de solitude :  oui  non

Mémoire : Trouble de la mémoire :  oui  non

Précision: .....

Orientation : Trouble de l'orientation :  oui  non

Précision: .....

Concentration / vigilance : Trouble de la concentration / vigilance :  oui  non

Précision: .....

Communication : Trouble de la communication :  oui  non

Précision (langage, lecture, écriture, expression, moyen auxiliaire de communication, ...) :  
.....

**Sommeil : Habitudes de sieste et sommeil :** .....

**Perturbation du sommeil :**

oui  non

Médication / Somnifères :

oui  non

Précision : .....

### **Tableau de suivi de la thymie / cognition :**

**Trouble mnésique : oui / non Désorientation spatiale : oui / non Désorientation temporelle : oui / non**

**CAM \_\_\_ /4, MMS \_\_\_ /30, Horloge \_\_\_ /10, mini GDS \_\_\_ /4, GDS 15 items \_\_\_ /15**

## **Indépendance fonctionnelle :**

### **Activité de base de la vie quotidienne :**

Manger	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide matérielle	<input type="checkbox"/> dépendant d'une personne
Se laver	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide matérielle	<input type="checkbox"/> dépendant d'une personne
S'habiller	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide matérielle	<input type="checkbox"/> dépendant d'une personne
Utilisation des WC	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide matérielle	<input type="checkbox"/> dépendant d'une personne
Marcher	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide matérielle	<input type="checkbox"/> dépendant d'une personne
Transferts	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide matérielle	<input type="checkbox"/> dépendant d'une personne

**Troubles de la vision :**  oui  non  lunettes  non adaptées

**Troubles de l'audition :**  oui  non  appareil auditif  non adapté

**bouchon :**  oui  non

**Troubles de l'élimination :**  oui  non

Constipation :  oui  non  
 Incontinence urinaire :  absente  occasionnelle  présente  
 Incontinence fécale :  absente  occasionnelle  présente  
 Utilisation de protection :  oui  non  
 Sonde urinaire :  oui  non

Commentaires : .....

**Activités instrumentales de la vie quotidienne :**

Téléphone	<input type="checkbox"/> le patient	<input type="checkbox"/> un proche	<input type="checkbox"/> un professionnel
Faire les courses	<input type="checkbox"/> le patient	<input type="checkbox"/> un proche	<input type="checkbox"/> un professionnel
Préparer les repas	<input type="checkbox"/> le patient	<input type="checkbox"/> un proche	<input type="checkbox"/> un professionnel
Faire le ménage	<input type="checkbox"/> le patient	<input type="checkbox"/> un proche	<input type="checkbox"/> un professionnel
Faire la lessive	<input type="checkbox"/> le patient	<input type="checkbox"/> un proche	<input type="checkbox"/> un professionnel
Finances	<input type="checkbox"/> le patient	<input type="checkbox"/> un proche	<input type="checkbox"/> un professionnel
Utiliser les transports publics	<input type="checkbox"/> le patient	<input type="checkbox"/> un proche	<input type="checkbox"/> un professionnel

**Gestion des médicaments :**

Préparation des médicaments  indépendant  avec aide  dépendant : .....

Semainier  oui  non

Prises des médicaments  indépendant  avec aide  dépendant

Compliance : .....

**Mobilisation/ Chutes/ activités :**

**Mobilité :**

Station unipodale  non déficitaire  déficitaire

Test de la chaise  normal  anormal

Monter/descendre les escaliers  indépendant  dépendant  avec aide

**Chute :**

Antécédent de chute  oui  non

Antécédent de fracture  oui  non

Facteurs favorisants : .....

Moyen auxiliaire : .....

**Activité physique :** .....

**Pieds :**

**Chaussage et soin de pédicure:** (chaussure adaptée / orthopédique, semelle ; intervenant, ...)

A droite : .....

.....

A gauche : .....

.....

**Douleurs :** (*localisation, type, intensité, histoire*)  oui  non EVA = ...../10

Prenez-vous un antalgique  oui  non

La douleur est-elle maîtrisée par les médicaments ?  oui  non

Précisions : .....  
.....  
.....

**Risques comportementaux- violence :**

**Dépistage de maltraitance / relations conflictuelles :**

Avez-vous déjà subi un conflit ou de la colère de la part de la famille, d'amis ?  oui  non

**Auto et hétéro-agressivité :**  oui  non

**Comportement à risque :** (*consommation / sexuel / sport / autre*)  oui  non

Précisions : .....  
.....  
.....

**Valeurs et spiritualité :**

**Pratiquiez-vous une religion :**  oui  non Laquelle ? .....

Projet de vie : .....

Souhaiteriez-vous être accompagné sur le plan spirituel ?  oui  non

(Si oui, téléphoner à l'aumônerie des HUG : 022/372.85.90, sophie.scalici@hcuge.ch)

**Directives anticipées :**  oui  non

Commentaires : .....  
.....  
.....  
.....

**Partenaires de soins et encadrement:**

**Encadrement formel :**

Infirmier .....x/sem.  
Aide à la toilette / habillage .....x/sem.  
Aide au ménage / courses .....x/sem.  
Repas à domicile .....x/sem.  
Foyer de jour / Hojour .....x/sem.  
Physio/ergo .....x/sem.  
Travailleur social .....x/sem.  
Diététicien .....x/sem.

Téléalarme  oui  non

**Encadrement informel :**

Famille .....x/sem.  
Voisins .....x/sem.  
Aide privée .....x/sem.  
Bénévoles .....x/sem.

Epuisement de l'entourage  oui  non

L'aidant est-il en mesure de poursuivre son aide  oui  non

L'aidant exprime de la détresse, de la colère ou une dépression  oui  non

Contact/personne de référence : .....  
Aménagement à domicile / physio / ergothérapie : .....  
.....  
Pharmacie : nom : ..... tél/fax : .....

**EXAMEN CLINIQUE, STATUS, PROCEDURE ET CONCLUSION**

T° : .... TAH : .... mmHg FC : .... /minute FR : .... /minute Saturation : .... %AA Peau : .....

**Examen clinique :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Problèmes du patient :**

**Diagnostics, à coder ! (+ descriptif, évolution, prise en charge, plan d'investigation)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Prise en charge/ Attitude :**

**Conclusion / propositions :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Dépistage de l'état nutritionnel MNA (Mini Nutritional Assessment)</b>	
Le patient a-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 2 = pas d'anorexie 1 = anorexie modérée	..... Pts
Perte récente de poids (<3 mois) : 0 = perte de poids > 3 kg 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 1 = ne sait pas 3 = pas de perte de poids	..... Pts
Motricité : 0 = du lit au fauteuil 2 = sort du domicile 1 = autonome à l'intérieur	..... Pts
Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non	..... Pts
Problèmes neuropsychologiques : 0 = démence ou dépression sévère 2 = pas de problème psychologique 1 = démence ou dépression modérée	..... Pts
Indice de masse corporelle IMC (IMC = poids/(taille <sup>2</sup> ) en kg/m <sup>2</sup> ) : 0 = IMC < 19 2 = IMC entre 21 et 23 1 = IMC entre 19 et 21 3 = IMC >23	..... Pts
<b>Score de dépistage (max 14 pts)</b> 12 pts ou plus : normal 11 pts ou moins : malnutrition possible ( <i>faire appel à la diététicienne</i> )	..... Pts
<b>Commentaires :</b> .....	
Poids : ..... kg    Taille: ..... m    BMI : ..... kg/m <sup>2</sup>	
Albumine : ..... g/l    CRP: ..... mg/l (vitamines: .....)	



Département de médecine de premier recours  
Unité de gériatrie communautaire

Etiquette

## Echelle de Dépression Gériatrique de Yesavage\*

1	Etes-vous dans l'ensemble satisfait de votre vie ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	*
2	Avez-vous renoncé à nombre de vos activités et intérêts ?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
3	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
4	Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
5	Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	*
6	Avez-vous peur qu'il ne vous arrive quelque chose de mauvais ?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
7	Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	*
8	Vous sentez-vous souvent faible et dépendant ?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
9	Préférez-vous rester chez vous, plutôt que de sortir et faire quelque chose de nouveau?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
10	Estimez-vous avoir plus de troubles de la mémoire que la plupart des gens ?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
11	Vous dites vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	*
12	Vous sentez-vous inutile tel que vous êtes aujourd'hui ?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
13	Vous sentez-vous plein d'énergie ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	*
14	Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
15	Croyez-vous que la plupart des gens soient plus à l'aise que vous?	Oui <input type="checkbox"/>	*	Non <input type="checkbox"/>	
<b>Total :</b> Chaque réponse cochée avec un astérisque vaut 1 point		.....*/15			
<p><b>Normes :</b>            Personnes âgées normales : 0-5 points            La dépression commence à 6 points et sa gravité augmente parallèlement au nombre de points.</p>					

**Date :**

**Nom de l'examineur :**

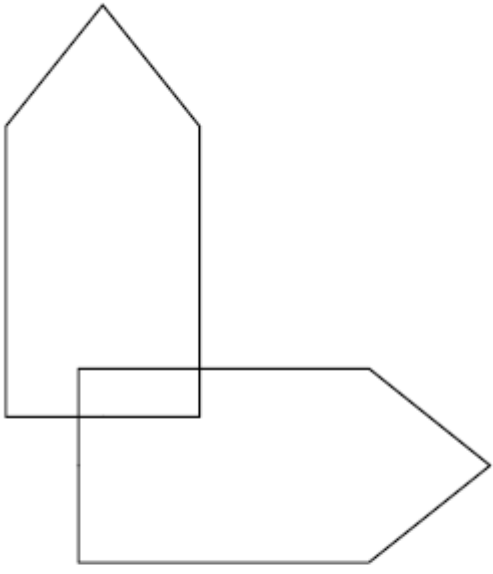
**Echelle de Dépression Gériatrique de Yesavage** \* Forme abrégée en 15 items. D'après Sheikh JL, Yesavage JA :

«Geriatric depression scale (gds) : Recent evidence and development of a shorter version", in Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and intervention, édité par TL Brink. Binghamton, NY, Haworth Press, 1986, pp 165-173.



<b>HOGER- MINI MENTAL STATE VERSION CONSENSUELLE GRECO 1998</b>	
Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.	
ORIENTATION	Points
<p>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant : (coter 0 ou 1).</p> <p>En quelle année sommes-nous ?            En quelle saison ?            En quel mois ?            Quel jour du mois ?            Quel jour de la semaine ?</p> <p>Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.</p> <p>Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?            Dans quelle ville se trouve-t-il ?            Quel est le nom du canton dans lequel est située cette ville ?            Dans quelle région est situé ce canton ? (<i>rép. acceptées : Romandie, suisse romande, rég. lémanique, rég. genevoise</i>)            A quel étage sommes-nous ici ?</p>	/5
APPRENTISSAGE	
<p>Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure (max. 5 répétitions) (coter 0 ou 1)</p> <p style="text-align: right;">Cigare - Fleur - Porte (ou Citron - Clé - Ballon)</p>	/3
ATTENTION ET CALCUL	
<p>Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?</p> <p style="text-align: center;">100 - 7 = 93 ; 93 - 7 = 86 ; 86 - 7 = 79 ; 79 - 7 = 72 ; 72 - 7 = 65</p>	/5
<p>Voulez-vous épeler le mot "MONDE" à l'envers : E-D-N-O-M  <i>Attention, cette question n'est pas comptabilisée dans le score, c'est uniquement une tâche interférente.</i></p>	
RAPPEL	
<p>Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?</p> <p style="text-align: center;">Cigare ; Fleur ; Porte (ou Citron ; Clé ; Ballon)</p>	/3
LANGAGE	
<p>Montrer un crayon : Quel est le nom de cet objet ?</p>	/1
<p>Montrer une montre : Quel est le nom de cet objet ?</p>	/1
<p>Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »</p>	/1
<p>Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet, en lui disant « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :            Prenez cette feuille de papier avec la main droite, pliez-la en deux, et jetez-la par terre ».</p>	/3
<p>Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet : « Faites ce qui est écrit ».</p>	/1
<p>Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière ».</p>	/1
PRAXIES CONSTRUCTIVES	
<p>Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : « voulez-vous recopier ce dessin »</p>	/1
<b>SCORE TOTAL (0 à 30)</b>	
	<b>/30</b>

# Fermez les yeux



## Test de l'horloge – version spontanée

Consigne: « Dessinez le cadran d'une montre, avec tous les chiffres et les aiguilles qui indiquent 11h10. »

Ne pas aider le patient durant l'épreuve, répéter au besoin la consigne (depuis le début) s'il se retrouve bloqué ; le patient est autorisé à refaire l'horloge si spontanément il n'est pas satisfait.

### 1) Cotation quantitative :

- **Intégrité de l'horloge (max. 2 points)**

2 : horloge présente, sans grosse distorsion

1 : incomplète ou avec distorsion

0 : absente ou totalement inappropriée

→ Laisser le patient dessiner seul le cadran, ne pas l'aider ni faire de commentaires ; en cas d'impossibilité pour le patient de dessiner le cadran, le faire à sa place et coter 0 pt.

- **Présence et succession des chiffres (max. 4 points)**

4 : Tous présents dans le bon ordre avec le minimum d'erreurs dans la disposition spatiale

3 : Tous présents mais erreurs dans la disposition spatiale

2 : - Chiffres manquants ou surajoutés mais pas de grosse distorsion dans les chiffres restants

- Chiffres placés dans le sens inverse

- Chiffres tous présents mais grosse distorsion dans la disposition spatiale

(Ex.: héminégligence, chiffres à l'extérieur de l'horloge)

1 : Chiffres manquants ou surajoutés et grosse distorsion

0 : Absence ou faible représentation des chiffres

- **Présence et disposition des aiguilles (max. 4 points)**

4 : Les aiguilles sont dans la position correcte et la différence de taille est respectée

3 : Légères erreurs dans le placement des aiguilles ou pas de représentation de la différence de taille entre les deux

2 : Erreurs importantes dans le placement des aiguilles

1 : Seulement une aiguille ou pauvre représentation des deux aiguilles

0 : Pas d'aiguille ou persévérations sur les aiguilles

### 2) Cotation qualitative :

- Taille de l'horloge
- Difficultés graphiques (ex. chiffres difficiles à lire)
- Erreur de type « réponse forcée par le stimulus » (aiguilles placées sur le 11 et le 10 → problème d'inhibition)
- Déficit conceptuel (horloge sans les chiffres, utilisation inappropriée des chiffres, aiguilles absentes, temps écrit sur l'horloge)
- Déficit spatial et/ou de planification (disposition des chiffres sur l'horloge)
- Persévérations (sur les aiguilles ou sur les chiffres)