

**EXAMEN CLINIQUE POUR ÉVALUATION DES SCPD**  
(SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE)

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  Situation aiguë (initiale)  Situation de suivi

<b>Malaise dominant :</b>			
<b>ANAMNÈSE</b>			
<b>Provoquer / Pallier</b>			
<b>Qualité / Quantité</b>			
<b>Région / Irradiation</b>			
<b>Signes / Symptômes</b>			
<b>Temps / Intermittence</b>	Fréquence des SCPD selon l'indice de Cohen-Mansfield :		
<b>Sans objet</b> <input type="checkbox"/>	<b>SIGNES VITAUX</b>		
T° : ____ °C	Rectale <input type="checkbox"/>	Buccale <input type="checkbox"/>	
<i>(T° si changement dans l'état de conscience, changement de comportement ou perte d'autonomie récente)</i>			
Respiration : ____ /min.	Rythme : <input type="radio"/> Régulier <input type="radio"/> Irrégulier	Amplitude : <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Profonde <input type="radio"/> Superficielle	
Saturation : ____ %	Air ambiant <input type="checkbox"/>	Avec O <sub>2</sub> ____ L/min. <input type="checkbox"/>	
Pouls : ____ /min.	Régulier <input type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>	
Tension artérielle : ____ / ____			
Poids : ____ kg	Stable depuis 3 mois : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si non, préciser : ____ kg	Date : ____ / ____ / ____
<b>ÉVALUATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ</b>			
<b>Perte d'autonomie :</b>	Récente et soudaine (1 semaine ou moins) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Changement de comportements :</b>	Récent et soudain (1 semaine ou moins) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Modification de l'état mental :</b>	Récente et soudaine (1 semaine ou moins) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Difficulté respiratoire :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : Jour <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>
<b>Toux :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quand?	
<b>Douleur :</b>	Cardiaque (DRS) <input type="checkbox"/>	Ostéo-articulaire <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/> Préciser : _____ <input type="checkbox"/> Intensité : ____
<b>Fatigue :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quand?	
<b>Perte d'appétit :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quand?	
<b>Signes de problèmes digestifs :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser :	
<b>Signes de problèmes éliminatoires :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser :	
<b>Isolement social :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quand?	
<b>Autres :</b> Ex. : Blessure traumatique			

## EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL

<b>Capacité d'attention :</b>	Attentif <input type="checkbox"/> Inattentif <input type="checkbox"/>
<b>État de conscience :</b>	Alerte <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Léthargique (verbal) <input type="checkbox"/> Stuporeux (physique) <input type="checkbox"/> Comateux <input type="checkbox"/>
<b>Problèmes perceptuels :</b>	Illusions :            Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____ Hallucinations :    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, spécifier : _____
<b>Idées délirantes :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Orientation spatio-temporelle :</b>	Orienté <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> → préciser :    Temps <input type="checkbox"/> Espace <input type="checkbox"/>
<b>Signes de dépression :</b>	Humeur dépressive : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Perte d'intérêt dans les activités de loisir :    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Signes d'anxiété :</b>	Préciser :
<b>Signes d'insomnie :</b>	Préciser :
<b>Stades du déclin des facultés cognitives :</b>	<input type="checkbox"/> Stade 1 :    Pas d'atteinte fonctionnelle, aucune difficulté pour les AVQ  <input type="checkbox"/> Stade 2 :    Difficulté à trouver ses mots, à se rappeler de la localisation des objets ou de l'heure d'un rendez-vous  <input type="checkbox"/> Stade 3 :    Déficits au travail et en société, difficulté à se rendre et à circuler dans des endroits non familiers  <input type="checkbox"/> Stade 4 :    Besoin d'assistance pour les tâches complexes Ex. : Finances, planification d'un repas avec invités, faire l'épicerie  <input type="checkbox"/> Stade 5 :    Besoin d'aide pour le choix des vêtements et de stimulation pour l'hygiène  <input type="checkbox"/> Stade 6 :    Besoins d'assistance pour s'habiller, prendre son bain ou douche, aller à la toilette. Présence d'incontinence urinaire et fécale  <input type="checkbox"/> Stade 7 :    Langage limité à 6 mots ou phrases intelligibles par jour allant jusqu'à 1 seul mot ou phrase par jour, incapacité pour se déplacer sans aide, se tenir assis, sourire et soutenir sa tête sans appui
<b>Autres signes :</b>	Préciser :

Sans objet

## EXAMEN PULMONAIRE

(Minimum requis : Les lobes inférieurs face postérieure)

### Auscultation

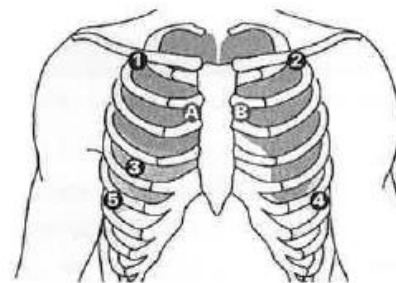
**FACE ANTÉRIEURE :** Bronches et lobes supérieurs, lobe moyen et lobes inférieurs

**Bruits bronchiques** (Rapport de 1 : 1)

	Normaux	Ronchis	Sibilants
A) Bronche droite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Bronche gauche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Murmures vésiculaires** (Rapport de 3 : 1)

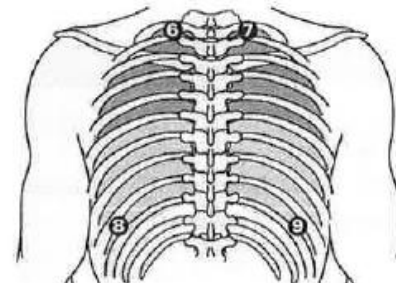
	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
① LSD :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
② LSG :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
③ LM :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
④ LIG :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑤ LID :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**FACE POSTÉRIEURE :** Lobes supérieurs et lobes inférieurs

**Murmures vésiculaires** (Rapport de 3 : 1)

	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
⑥ LSG :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑦ LSD :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑧ LIG :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑨ LID :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Sans objet

### EXAMEN DE LA DÉSHYDRATATION ET PALPATION PROFONDE DE L'ABDOMEN

<b>Déshydratation :</b>	Langue sèche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
	Absence de salive	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
	Peau sèche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
	Turgor sternal	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>			
	Turgor frontal	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>			
<b>Palpation :</b>	QID : Souple <input type="checkbox"/>	Rigide <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>	QIG : Souple <input type="checkbox"/>	Rigide <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>
	QSD : Souple <input type="checkbox"/>	Rigide <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>	QSG : Souple <input type="checkbox"/>	Rigide <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>

Sans objet

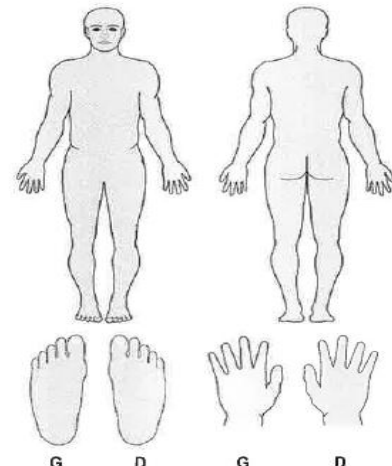
### EXAMEN MUSCULOSQUELETTIQUE ET RISQUE DE CHUTE

(Minimum requis : Déficiéts visuel et auditif, évaluation de la démarche)

<b>Déficit visuel :</b>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Compensé <input type="checkbox"/>	Non compensé <input type="checkbox"/>
<b>Déficit auditif :</b>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Compensé <input type="checkbox"/>	Non compensé <input type="checkbox"/>
<b>Démarche :</b> → Capable de circuler sur 3 mètres	Sans aide <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	→ 1 personne <input type="checkbox"/>	2 personnes <input type="checkbox"/>
		Canne <input type="checkbox"/>	Marchette <input type="checkbox"/>	
<b>Déplacements :</b>	Sans aide <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	→ 1 personne <input type="checkbox"/>	2 personnes <input type="checkbox"/>
		Canne <input type="checkbox"/>	Marchette <input type="checkbox"/>	
	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	Sans aide <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	
	Fauteuil gériatrique <input type="checkbox"/>	Tablette <input type="checkbox"/>		
<b>Date de la dernière chute :</b>	____/____/____			

Sans objet

### EXAMEN DE LA PEAU

<b>Plaie de pression :</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<p>Spécifier à l'aide du schéma :</p> 
	Si oui, situer avec précision sur le schéma.		
	Stade : _____		
<b>Rougeur :</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, situer avec précision sur le schéma.		
<b>Œdème :</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, situer avec précision sur le schéma.		
<b>Autres :</b>	Préciser :		

Initiales	Signature

Source : Formulaire original adapté par Manon Turcotte inf. clin. conseillère CEVQ, juillet 2011  
 Philippe Voyer (2010). *L'examen clinique de l'ainé*. Saint-Laurent : ERPI. Formulaire conçu par Sylvain Lavoie, Groupe Roy Santé inc.  
 Reproduction autorisée.  
 B. Reisberg et al. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American journal of psychiatry*, 139(9), 1136-1139.

DSI/Formulaires/AR/... - 2012-03-13/lm

➔ INSCRIPTION DES COMMENTAIRES AU VERSO ◀

