

Date de la consultation "évaluation gériatrique brève"  dd.mm.yyyy

☐ **Délégation de l'item "dépendances" à une personne autre que le/la médecin ?**

Cocher "Non" même s'il s'agit d'une aide minimale (par exemple aide pour mettre les chaussures, réchauffe les repas mais ne les prépare pas). Cocher "Non" si la personne ne fait jamais une activité même si vous estimez qu'elle aurait la capacité théorique de le faire (par exemple paiements ou commissions).

**Pouvez-vous vous habiller seul-e ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Pouvez-vous préparer vos repas seul-e ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Pouvez-vous faire vous-même vos commissions ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Pouvez-vous faire vos paiements seul-e ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Possible dépendance fonctionnelle (au moins une réponse non) ?**

☐ **Vous n'êtes pas d'accord avec l'appréciation proposée par le score**

**D'après votre propre appréciation clinique, y a-t-il une possible dépendance fonctionnelle ?** ☐ Oui ☐ Non

**Merci de justifier**

☐ **Délégation de l'item "Incontinence urinaire" à une personne autre que le/la médecin ?**

**Avez-vous des difficultés à retenir les urines ou des sentiments d'urgence ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Avez-vous parfois de la peine à arriver à temps aux toilettes ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Avez-vous des pertes d'urine lors d'effort ou de toux ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Devez-vous parfois porter des protections ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Possible incontinence urinaire (au moins une réponse oui) ?**

☐ **Vous n'êtes pas d'accord avec l'appréciation proposée par le score**

**D'après votre propre appréciation clinique, y a-t-il une possible incontinence urinaire ?** ☐ Oui ☐ Non

**Merci de justifier**

☐ **Délégation de l'item "Trouble dépressif" à une personne autre que le/la médecin ?**

**Au cours des deux dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir déprimé, triste ou découragé ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Au cours des deux dernières semaines, avez-vous ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

Possibles troubles de l'humeur (au moins une réponse oui) ?

Score

☐ Vous n'êtes pas d'accord avec l'appréciation proposée par le score

D'après votre propre appréciation clinique, y a-t-il de possibles troubles de l'humeur ? ☐ Oui ☐ Non

Merci de justifier

☐ Délégation de l'item "troubles cognitifs" à une personne autre que le/la médecin ?

Le Mini-Cog: 1. Demandez au sujet de retenir 3 mots (assurez-vous qu'il les ait bien enregistré).  
2. Demandez au sujet de dessiner une horloge. Après qu'il/elle ait inscrit les chiffres, demandez-lui d'inscrire 11h10 ou 8h20.

Les instructions peuvent être répétées mais aucune autre consigne ou aide ne doit être apportée.

Si le sujet est incapable de réaliser l'horloge au bout de 3 minutes, arrêtez.

3. Demandez au sujet de répéter les 3 mots.

Horloge: nombre de points (2 points si les chiffres sont correctement mis et l'heure est correcte ; sinon 0 point) ☐ 0 point ☐ 2 points ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

Rappel des 3 mots: 1 point par mot correctement rapporté. ☐ 0 mot ☐ 1 mot ☐ 2 mots ☐ 3 mots ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

Possibles troubles cognitifs (< 3 points) ?

Score

☐ Vous n'êtes pas d'accord avec l'appréciation proposée par le score

D'après votre propre appréciation clinique, y a-t-il de possibles troubles cognitifs ? ☐ Oui ☐ Non

Merci de justifier

☐ Délégation de l'item "malvoyance" à une personne autre que le/la médecin ?

☐ Le patient n'a pas pris ses lunettes, rappel de faire le test à la prochaine visite

Test effectué avec des lunettes ? ☐ Oui ☐ Non

Near vision pocket card: testez successivement chaque œil.

Test de l'œil D ☐ Ok ☐ Pas ok ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

Test de l'œil G ☐ Ok ☐ Pas ok ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

Possibles troubles visuels ?

Score

☐ Vous n'êtes pas d'accord avec l'appréciation proposée par le score

D'après votre propre appréciation clinique, y a-t-il de possibles troubles visuels ? ☐ Oui ☐ Non

Merci de justifier

☐ Délégation de l'item "Troubles auditifs" à une personne autre que le/la médecin ?

☐ Le patient n'a pas pris ses prothèses, rappel de faire le test à la prochaine visite

Test effectué avec des prothèses auditives ☐ Oui ☐ Non

Chuchotez successivement une question (par exemple: « dites-moi votre nom ») devant chaque oreille du patient

en vous plaçant derrière lui/elle et en appuyant en même temps sur l'auricule de l'oreille opposée.

Test de l'oreille D ☐ Ok ☐ Pas ok ☐ Non évaluable ☐ Pas fait

**Test de l'oreille G**☐ Ok ☐ Pas ok ☐ Non évaluable ☐ Pas fait**Possibles troubles auditifs ?****Score**☐ Vous n'êtes pas d'accord avec l'appréciation proposée par le score**D'après votre propre appréciation clinique, y a-t-il de possibles troubles auditifs ?** ☐ Oui ☐ Non**Merci de justifier**☐ Délégation de l'item "Chutes/troubles de la marche" à une personne autre que le/la médecin ?**Avez-vous chuté durant cette dernière année ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait*Lorsque le sujet se lève pour aller vers le lit d'examen, observez :*

- Comment il/elle se lève de sa chaise (utilise ou non les accoudoirs, fait plusieurs essais).
- Son équilibre debout (saisit un support, vacille, élargissement du polygone de sustentation).
- Sa marche (symétrie du pas, continuité du pas, déviation par rapport à une trajectoire).
- S'il/elle doit s'arrêter de marcher lorsque vous engagez la conversation.
- Comment il/elle s'assied (se laisse tomber en arrière).

**Votre patient présente-t-il possiblement des troubles de la marche ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait☐ Délégation de l'item "ostéoporose" à une personne autre que le/la médecin ?**Antécédents de fracture ostéoporotique ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait**Taille à 25 ans**  cm ☐ Ne sait plus **Taille actuelle**  cm ☐ Non mesurée **Différence** **Score** cm**Perte de taille suspecte d'ostéoporose ( $\geq 4$  cm chez les femmes et  $\geq 6$  cm chez les hommes)** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait**Distance paroi-occiput** (le sujet est dos au mur, les talons touchant le mur et la tête droite (ligne horizontale entre le coin des yeux et la partie supérieure de l'oreille). Normalement, il/elle doit être capable d'appuyer également l'occiput contre le mur (distance = 0cm))  cm ☐ Pas fait**Distance côtes-bassin <2 travers de doigts**

(l'examineur/trice se tient derrière le sujet. Il/elle place ses mains sur la ligne axillaire médiane, les index en contact sous les dernières côtes palpables. Il/elle estime la distance entre la partie inférieure des côtes et le bassin. Il y a suspicion d'ostéoporose en dessous de 2 travers de doigts)

☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable ☐ Pas fait**Possible ostéoporose ?****Score**☐ Vous n'êtes pas d'accord avec l'appréciation proposée par le score**D'après votre propre appréciation clinique, y a-t-il une possible ostéoporose ?** ☐ Oui ☐ Non**Merci de justifier**☐ Délégation de l'item "dénutrition" à une personne autre que le/la médecin ?**Poids du jour**  kg ☐ Non mesuré**Poids à la dernière consultation il y a au moins 1 mois**  kg ☐ Non disponible**Perte de poids par rapport au mois précédent** **Score** %**Poids à la dernière consultation il y a au moins 6 mois**  kg ☐ Non disponible**Perte de poids par rapport à 6 mois en arrière** **Score** %

Possible dénutrition (perte de poids  
significative: >5% en 1 mois ou >10% en  
6 mois) ?

Score

☐ Vous n'êtes pas d'accord avec l'appréciation proposée par le score

D'après votre propre appréciation clinique, y  
a-t-il une possible dénutrition ? ☐ Oui ☐ Non

Merci de justifier