

Date
 Participant
 Centre
 Project **AGE3 (12.01.2017 - 19:21:33 (CET))**

Patient
 Visit
 Form family **Processus**
 Form **Processus**

Processus

(12.01.2017 - 19:21:33 (CET))

Date de remplissage dd.mm.yyyy
Type de visite ☐ Après inclusion ☐ Suivi 1 an ☐ Suivi 2 ans (clôture)
Date de la visite d'inclusion dd.mm.yyyy
Les réponses se réfèrent à la période allant du dd.mm.yyyy **jusqu'au (jour compris)** dd.mm.yyyy

Le patient est-il toujours suivi par ce médecin ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Si non, la/le patient-e est-elle/il décédé-e ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Si oui, date du décès dd.mm.yyyy
Si non, la/le patient-e est-elle/il institutionnalisé-e ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Si oui, date de l'entrée en institution dd.mm.yyyy
Si non, la/le patient-e a-t-elle/il déménagé ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Si oui, date de déménagement dd.mm.yyyy

Conditions chroniques

☐ **Absence de condition chronique**

Général et non spécifié ☐ Aucun
☐ Douleur générale/de sites multiples
☐ Cancers NCA (non spécifié autrement)
Année du diagnostic yyyy
☐ Effet tardif d'un traumatisme
☐ Autre

Sang, système hématopoïétique/immunologie

☐ Aucun
☐ Infection par le virus VIH, SIDA
☐ Maladie de Hodgkin / lymphome
Année du diagnostic yyyy
☐ Autre cancer du sang
Année du diagnostic yyyy
☐ Autre

Digestif

- ☐ Aucun
- ☐ Incontinence rectale
- ☐ Cancer de l'estomac
 - Année du diagnostic** yyyy
- ☐ Cancer du colon/rectum
 - Année du diagnostic** yyyy
- ☐ Cancer du pancréas
 - Année du diagnostic** yyyy
- ☐ Autre cancer digestif / non spécifié autrement
 - Année du diagnostic** yyyy
- ☐ Syndrome du colon irritable
- ☐ Entérite chronique / colite ulcéreuse
- ☐ Trouble de la fonction gastrique (ex gastrite)
- ☐ Autre

Métabolique, nutritionnel et endocrinien

- ☐ Aucun
- ☐ Obésité
- ☐ Diabète insulino-dépendent
- ☐ Diabète non-insulino-dépendent
- ☐ Goutte
- ☐ Cancer de la thyroïde
 - Année du diagnostic** yyyy
- ☐ Autre

Respiratoire

- ☐ Aucun
- ☐ Bronchite chronique
- ☐ Cancer des bronches / du poumon
 - Année du diagnostic** yyyy
- ☐ BPCO
- ☐ Asthme
- ☐ Autre

Œil

- ☐ Aucun
- ☐ Rétinopathie
- ☐ Dégénérescence maculaire
- ☐ Cécité

☐ Autre

Oreille

☐ Aucun

☐ Problème d'audition

☐ Surdité

☐ Autre

Cardiovasculaire

☐ Aucun

☐ Facteur de risque cardiovasculaire (sauf diabète, HTA, tabac, ob sitt )

☐ Hypercholestérolémie

☐ Cardiopathie ischémique avec angor

☐ Cardiopathie ischémique sans angor

☐ Fibrillation/flutter auriculaire

☐ Cœur pulmonaire

☐ Pression sanguine élevée

☐ Hypertension non compliquée

☐ Hypertension avec complication

☐ Maladie cérébro-vasculaire

☐ Athérosclérose/maladie vasculaire périphérique

☐ Valvulopathie NCA

☐ Artérite temporale (maladie de Horton)

☐ Autre

Neurologique

☐ Aucun

☐ Poliomyélite

☐ Cancer du système nerveux

Année du diagnostic

yyyy

☐ Sclérose en plaques

☐ Syndrome parkinsonien

☐ Epilepsie

☐ Migraine

☐ Névralgie du trijumeau

☐ Mouvements involontaires anormaux

☐ Névrite / neuropathie périphérique

☐ Douleur de la face

☐ Autre

Peau

- ☐ Aucun
- ☐ Ulcère chronique de la peau
- ☐ Cancer de la peau

Type de cancer

(si plusieurs, noter le plus grave)

- ☐ Mélanome ☐ Ca spinocellulaire ☐ Ca basocellulaire ☐ Autre

Année du diagnostic yyyy

- ☐ Autre

Musculosquelettique

- ☐ Aucun
- ☐ Polyarthrite rhumatoïde / arthrite séropositive
- ☐ Coxarthrose
- ☐ Gonarthrose
- ☐ Ostéoporose
- ☐ Douleurs chroniques (hors gonarthrose et coxarthrose)
- ☐ Polymyalgia rheumatica

- ☐ Autre

Urologique

- ☐ Aucun
- ☐ Incontinence urinaire
- ☐ Cancer de la vessie

Année du diagnostic yyyy

- ☐ Cancer du rein

Année du diagnostic yyyy

- ☐ Insuffisance rénale

- ☐ Autre

Psychologique

- ☐ Aucun
- ☐ Alcoolisme chronique
- ☐ Usage abusif du tabac
- ☐ Usage abusif de la drogue
- ☐ Démence
- ☐ Autre psychose organique
- ☐ Schizophrénie
- ☐ Psychose affective
- ☐ Trouble somatoforme

- ☐ Dépression
- ☐ Phobie, trouble obsessionnel compulsif
- ☐ Trouble de la personnalité
- ☐ Syndrome de stress post-traumatique
- ☐ Retard mental
- ☐ Anorexie mentale, boulimie
- ☐ Autre psychose, non spécifié autrement
- ☐ Usage abusif de médicament
- ☐ Trouble de la mémoire
- ☐ Troubles du sommeil (ex syndrome d'apnées du sommeil)
- ☐ Sensation anxiété/nervosité/tension (ex anxiété)
- ☐ Autre

Génital féminin

- ☐ Aucun
- ☐ Cancer du col de l'utérus
Année du diagnostic yyyy
- ☐ Cancer du sein chez la femme
Année du diagnostic yyyy
- ☐ Autre

Génital masculin

- ☐ Aucun
- ☐ Cancer de la prostate
Année du diagnostic yyyy
- ☐ Autre

Fracture

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Type (L72-L76)

Prothèse total de hanche

☐ Un côté ☐ Deux côté ☐ Non ☐ Ne sais pas

Prothèse total de genou

☐ Un côté ☐ Deux côté ☐ Non ☐ Ne sais pas

Opération de la cataracte

☐ Un côté ☐ Deux côté ☐ Non ☐ Ne sais pas

Remplacement de valve cardiaque

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Prothèse de l'aorte

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Consultation 1

Date de la consultation

dd.mm.yyyy

Poids

kg ☐ Non mesuré

Taille

cm ☐ Non mesuré

TA syst

☐ Non mesuré

TA diast

More

Date de la prochaine
consultation

dd.mm.yyyy

Si pas de taille mesurée dans
l'année : taille précédente

Date de la dernière
taille mesurée

dd.mm.yyyy

☐ Pas de date

Si pas de poids mesuré dans
l'année : poids précédent

Date du dernier poids mesuré

dd.mm.yyyy

☐ Pas de date

Selon le dossier, y a-t-il mention des **examens cliniques** suivants au cours de l'année écoulée :

Au moins examen clinique
neurologique ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au moins examen clinique
ostéoarticulaire ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au moins examen clinique
digestif ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au moins examen clinique
urogénital ou anal ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au moins examen clinique
buccodentaire ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au moins examen clinique
de la vision ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Selon le dossier, y a-t-il eu une **évaluation** des points suivants au cours de l'année écoulée :

Au moins une évaluation de la
consommation d'alcool ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au moins une évaluation de
l'alimentation ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au moins une évaluation de
l'exercice physique ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Selon le dossier, y a-t-il eu réalisation des **scores** suivants au cours de l'année écoulée :

Au moins un score MMSE

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Dernier résultat

Au moins un score Moka

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Dernier résultat

Au moins un score GDS

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Dernier résultat

Au moins un score AVQI

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Dernier résultat

Au moins un score autre

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Dernier résultat

Au moins un score autre

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Dernier résultat

Au moins un score autre

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Dernier résultat

Au cours de l'année écoulée, un médecin a-t-il fait des **ordonnances ou de prescription** pour les domaines suivants?

CMS

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

Ergothérapie

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

Physiothérapie

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

**Physiothérapie spécialisée
(plancher pelvien)**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

Protections urinaires

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

Exercice physique

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

Suppléments protéiques

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

**Autres types d'ordonnances
(sauf médicaments)**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

**Autres types d'ordonnances
(sauf médicaments)**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

**Autres types d'ordonnances
(sauf médicaments)**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, combien ?

Si oui, combien

Au cours de l'année écoulée, les **examens suivants** ont-ils été réalisés ?

Formule sanguine

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Hémoglobine glyquée - HbA1c

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Clairance estimée à la créatinine

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

ASAT et/ou ALAT

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Gamma GT

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Na, K

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Calcium

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Vitamine B12

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Acide folique

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Bandelette urinaire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
TSH et/ou T3, T4	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
IRM cérébrale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
Ostéodensitométrie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas

Au cours de l'année écoulée, le/la patient-e a-t-il/elle **été hospitalisé-e** ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Hospitalisation 1

Du dd.mm.yyyy **Au** dd.mm.yyyy ☐ Toujours en cours

More

Au cours de l'année écoulée, le/la patient-e a-t-il/elle **fait un/des séjour-s en institution** autre qu'en hôpital de soins aigus (réhabilitation, réadaptation, court séjour EMS) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Institutionalisation 1

Du dd.mm.yyyy **Au** dd.mm.yyyy ☐ Toujours en cours

More

Au cours de l'année écoulée, le/la patient-e a-t-il/elle **consulté-e en urgences** (avec ou sans hospitalisation) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Combien de fois au cours de l'année ? fois

Où ? ☐ Médecin de garde ☐ Urgences / policlinique ☐ Autre

Au cours de l'année écoulée, le/la patient-e a-t-il/elle **vu-e par un des spécialistes** suivants ?

Ophthalmologue ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Gynécologue ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Urologue ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Neurologue ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Gériatre ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Rhumatologue ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Orthopédiste ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

ORL ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Dentiste ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Consultation mémoire ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Autre spécialiste ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Autre spécialiste ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Autre spécialiste ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au cours de l'année écoulée, selon le dossier médical, le médecin a-t-il eu un **contact téléphonique avec un gériatre** ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Nombre d'entretiens téléphoniques

Au cours de l'année écoulée, selon le dossier médical, le médecin a-t-il eu **contact avec les proches**, physiquement ou par téléphone

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Nombre d'entretiens face-à-face

Nombre d'entretiens
téléphoniques

Si le patient est suivi par le CMS : au cours de l'année écoulée, selon le dossier médical, le médecin a-t-il eu **contact avec le CMS** ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas suivi par CMS ☐ Ne sais pas

Nombre d'entretiens face-à-face

Nombre d'entretiens
téléphoniques

Nombre de rapports ou lettres
reçus

Le traitement actuel saisi dans
le formulaire "traitement" est-il
correct? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Vérification auprès du médecin

Le/la patient-e est-il/elle suivi
par le CMS? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au cours de l'année écoulée,
avez-vous eu au moins un
contact (entretien ou par
téléphone) avec le CMS
concernant M/Mme
[nom du patient] ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Au cours de l'année écoulée,
avez-vous eu au moins un
contact (entretien ou par
téléphone) avec un proche de
M/Mme [nom du patient] ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas