

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 siti )

Hypercholestérolémie

Cardiopathie ischémique avec angor

Cardiopathie ischémique sans angor

Fibrillation/flutter auriculaire

Coeur pulmonaire

Pression sanguine élevée

Hypertension non compliquée

Hypertension avec complication

Maladie cérébro-vasculaire

Athérosclérose/maladie vasculaire périphérique

Valvulopathie NCA

Artérite temporelle (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** Oui Non Ne sais pas
TSH et/ou T3, T4 Oui Non Ne sais pas
IRM cérébrale Oui Non Ne sais pas
Ostéodensitométrie Oui Non 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

Institutionnalisation 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