

# ICOPE MONITOR STEP 1 DE L'OMS

## Date du test :

Evaluation initiale  Suivi – monitoring

Nom et prénom :

Date et ville de naissance :

Téléphone Portable:

Adresse mail:

Nom et ville du médecin traitant :

Je certifie avoir obtenu l'accord du sujet  Le :

Signature:

Fonctions	Tests	Résultats	
<b>Cognition</b>	1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	4. Orientation temporo-spatiale : <i>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</i>		
	- Année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Jour de la semaine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
- Mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
- Jour du mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<b>Nutrition</b>	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?	Poids actuel : ..... Kg <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Cognition</b>	Rappel des trois mots: Mot 1	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Mot 2	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Mot 3	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Vision</b>	Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Audition</b>	<b>Test de Whisper (test de chuchotement)* :</b>		
	- Oreille droite capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- Oreille gauche capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Psychologie</b>	Au cours des deux dernières semaines:		
	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Mobilité</b>	<b>Test de lever de chaise** :</b>	Temps en sec.....	
	1. Réalisation des cinq levers?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Si non, combien de levers de chaise réalisés? .....		
	3. Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

• **A l'issue de la consultation quelles actions ont été prises?**

- Absence d'anomalie: conseils généraux
- Anomalie connue et prise en charge adaptée: conseils ciblés
- Nouvelle anomalie: conseil de rendez-vous auprès de son médecin traitant
- Nouvelle anomalie: prise de rendez-vous immédiate auprès de son médecin traitant

Instructions

• **Test de Whisper (test de chuchotement)\* :**

- Se mettre derrière le sujet à une distance d'un bras tendu
- Lui demander de placer un doigt sur le tragus de l'oreille gauche
- Chuchoter un mot avec 2 syllabes distinctes vers l'oreille droite
- Demander au sujet de répéter le mot
- Faire de même pour l'autre oreille

• **Test de lever de chaise\*\* :**

- Se lever d'une chaise 5 fois de suite le plus rapidement possible,
- bras croisés sur la poitrine.
- Départ assis, fin debout.
- Normal si réalisation de 5 levers en moins de 14 secondes