



## Suivi de l'évolution de votre malade

*Le questionnaire suivant a pour objectif principal de prendre note des changements de comportement et des éventuels nouveaux symptômes observés chez votre malade. Remplissez-le aussi complètement que possible et remettez-le au médecin lors de la prochaine visite !*

Nom du malade :

.....

Date de naissance du malade :

.....

Adresse du malade :

.....

Nom, prénom et numéro de téléphone du proche :

.....

Type de lien avec votre malade :

.....

*Pendant la progression de la maladie, votre malade va connaître des changements de façon de penser, d'attitude, d'habileté dans les activités quotidiennes. Il est important de noter ces changements quand vous les remarquez.*

**1. Est-ce qu'il s'est passé récemment quelque chose de totalement inhabituel ?**

.....

.....

.....

.....

**2. Mémoire, langage et raisonnement**

*L'aptitude de votre malade à se souvenir, à raisonner clairement et à communiquer peut changer. Notez tous les changements que vous avez remarqués depuis votre dernière visite !*

	Nouveau symptôme ?	Mieux	Pas de changement	Pire	Bien pire
Mémoire des récents événements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement, raisonnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication orale/écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perplexité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conscience du temps et du lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification/organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentez les changements dans les domaines de la mémoire, du langage et du raisonnement :

.....

.....

.....

### 3. Activités de la vie quotidienne

*Votre malade peut connaître une détérioration de ses aptitudes à maîtriser les activités de la vie quotidienne qui, habituellement, ne demandent pas d'assistance. Notez tous les changements que vous avez observés depuis la dernière visite !*

	Nouveau symptôme ?	Mieux	Pas de changement	Pire	Bien pire
Gestion des finances personnelles (factures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités ménagères (lessive, repas, nettoyage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisirs, hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation des appareils ménagers (four, lave-vaisselle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins personnels (s'habiller, se laver)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortir de la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger (sans aide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à rester seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentez les changements dans les activités de la vie quotidienne :

.....

.....

### 4. Comportement, humeur et personnalité

*Le comportement et l'attitude de votre malade peuvent changer. Notez tous les changements que vous avez observés depuis la dernière visite !*

	Nouveau symptôme ?	Mieux	Pas de changement	Pire	Bien pire
Agitation/anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité, agressivité, résistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement dans le sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voir ou penser des choses irréelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement d'humeur (plus de tristesse ou de joie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'intérêt, passivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement inhabituel, inapproprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentez les changements de comportement, d'humeur et de personnalité :

.....

.....

<b>5. Trois choses notables</b>
---------------------------------

*En pensant à la vie de votre malade depuis la dernière visite, faites une liste des 3 choses que, selon vous, le médecin devrait prendre en considération !*

1. ....  
.....
2. ....  
.....
3. ....  
.....

*Depuis la dernière visite, est-ce qu'il y a eu des changements de médicaments, une hospitalisation, des pertes d'équilibre ?*

.....

.....

.....

<b><i>Si les symptômes de votre malade progressent malgré la thérapie actuelle, parlez-en aujourd'hui au médecin !</i></b>
--

## 6. Le stress du proche

*Comme proche, vous remarquez des changements ou une augmentation du stress dans votre propre vie. Il est important de les commenter aussi.*

*Certains changements courants sont listés ci-dessous.*

*Qu'avez-vous ressenti depuis la dernière visite ?*

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Toujours
Stress dû au travail, à la responsabilité familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés avec le sommeil, la nourriture, la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de temps pour vous-même (vie sociale et privée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation d'embarras, de gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment de culpabilité, de tristesse, d'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colère, ressentiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment d'épuisement, de surmenage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Marianna Gawrysiak*