

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## GPCOG

### Examen du patient

*Sauf si spécifié, chaque question ne doit être posée qu'une seule fois.*

#### Nom et adresse pour un test de rappel ultérieur

1. "Je vais vous donner un nom et une adresse. Après que je vous les ai dits, je voudrais que vous me les répétiez. Souvenez-vous de cette adresse car je vais vous la redemander dans quelques minutes : « Pierre Martin, 42 rue des Acacias, Neuilly. »"  
(Faire répéter la phrase jusqu'à 4 fois si nécessaire pour un apprentissage correct.)

#### Orientation temporelle

**Correct**      **Incorrect**

2. *Quelle est la date ? (Seulement si exacte)*

#### Test de l'horloge – utiliser la page vierge

3. "Placer, s'il vous plaît, les nombres pour indiquer les heures sur l'horloge" (espacement correct requis)
4. "Placer les aiguilles pour que cela fasse 11H10"

#### Information

5. "Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé récemment aux informations (journaux, télévision)" (Récemment = dans la semaine écoulée. Si une réponse est donnée, comme « guerre » ou « pluie », demandez des détails. Ne coter qu'une réponse précise)

#### Rappel

6. *Quels étaient le nom et l'adresse que je vous ai demandés de retenir?*

Pierre

Martin

42

rue des Acacias

Neuilly

**Score total ( réponses correctes) /9**

**Si le score = 9 : pas d'autres investigations nécessaires.**

**Si le score est compris entre 5 et 8 : faire l'étape 2 du test.**

**Si le score est compris entre 0 et 4 : probabilité d'altération cognitive ? Compléter les investigations.**

## Informations venant de l'aidant principal

Date: \_\_\_\_\_

Nom\Initiales de l'aidant principal: \_\_\_\_\_

Type de relation que l'aidant principal entretient avec le patient (parent/ ami...):

\_\_\_\_\_

**Pour ces 6 questions, poser la question de comment est le patient en comparaison à ce qu' il était quand il était en bonne santé, c'est à dire il y a 5 à 10 ans.**

***Comparé à il y a quelques années:***

- |  | Oui                      | No                       | ne sait pas              | non applicable           |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Est-ce que le patient a plus de difficultés qu'auparavant à se souvenir des choses qui lui sont arrivées récemment?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| ▪ Est-ce qu'il ou elle a des difficultés pour se souvenir des conversations d'il y a quelques jours?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| ▪ Est-ce qu'il ou elle a davantage de difficultés à trouver le bon mot ou est-ce qu'il ou elle a tendance à utiliser un mot pour un autre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| ▪ Est-ce que le patient est moins capable de gérer son argent ou son budget ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Est-ce que le patient est moins capable de gérer ses médicaments de façon indépendante ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Est-ce que le patient a besoin d'aide supplémentaire pour ses transports (privés ou publics) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Score total (compter les réponses « NON » OU « Ne sait pas » =1)**

**Un score de 3 ou moins indique un signe d'altération cognitive.**