

Initiale du Nom : __ Initiale du Prénom : __

Date de naissance du patient (jj/mm/aaaa) : __ / __ / ____ Sexe : M F

J'atteste avoir informé le patient (ou la personne de confiance/le parent/proche) concernant l'utilisation de ses données médicales pour la présente recherche et qu'il m'a donné son consentement oral exprès le __ / __ / 2017.

Critères d'inclusion (si une case est cochée NON le patient ne peut être inclus)	Oui	Non
Le patient pourra-t-il être suivi dans les 12 prochains mois ?		
Vous êtes le médecin traitant de ce patient (y compris si vous signez un formulaire de médecin traitant le jour de l'inclusion)		
Recueil du consentement exprès, oral		
Patient âgé de 75 ans ou plus		
Le patient prend 5 principes actifs ? (Basé sur l'ordonnance précédente)		
Patient affilié à un régime de sécurité sociale		

Critères de Non-inclusion (si une case est cochée OUI le patient ne peut être inclus)	Oui	Non
Patient institutionnalisé (en EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)		
Patient protégé par la loi (sous tutelle ou curatelle)		

Caractéristiques du patient :

Quel métier a exercé le patient ? (Si plusieurs, mentionner le principal en l'entourant)

Agriculteur exploitant, Artisan, Commerçant et chef d'entreprise, Cadre et profession intellectuelle supérieure, Profession Intermédiaire, Employé Ouvrier, Sans activité professionnelle

Le patient bénéficie-t-il d'une (des) prise(s) en charge suivante(s) :

- Prise en charge ALD (Affection de longue Durée)
- CMU-C (Couverture Maladie Universelle-Complémentaire)
- APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Le patient vit-il seul Oui Non

Le patient a-t-il besoin d'une aide au quotidien Oui Non

Si oui, le patient a-t-il un aidant naturel Oui Non

- Conjoint
- Enfant
- Autre (préciser)

Le patient a-t-il une aide professionnelle ou matérielle ? Oui Non

Si oui,

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infirmier ou Service de soins infirmiers à domicile | |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie | <input type="checkbox"/> Portage des repas |
| <input type="checkbox"/> Aide soignante | <input type="checkbox"/> Téléalarme |
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère | <input type="checkbox"/> Garde à domicile |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie régulière | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Orthophonie régulière | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) |

AIVQ Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne* Indépendance Aide partielle Incapacité

**(AIVQ La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir)*

Mobilité (se lever, marcher)(1) : Indépendance Aide partielle Incapacité

Prise des repas(1) : Indépendance Aide ponctuelle Assistance

Confinement à domicile : Oui Non

Poids (kg) : _____

Taille (cm) : _____

Poids stable apparence normale Perte d'appétit nette ou perte de poids Dénutrition franche

Statut tabagique : Fumeur Ancien fumeur Non-fumeur

Le patient habite :

À domicile À domicile avec aide professionnelle En foyer logement, (EHPAD EXCLUE)

Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour : _____

Humeur : D'humeur normale Parfois anxieux Triste Déprimé

Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge :

En meilleure santé De santé équivalente En moins bonne santé

Chute dans les 6 derniers mois :

Aucune chute Une chute sans gravité Chute(s) multiples ou compliquée(s)

Nombre de pathologies en cours :

Continence (ADL) : Continent Incontinence occasionnelle Incontinent

Fonctions cognitives : Normale Peu altérées Très altérées

Prescriptions en cours (ne concerne que les médicaments pris habituellement), 20 max :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pathologies

Cardiovasculaire :

Dont HTA persistante (>160/90 mmHg) traitée ou non

Endocrinienne :

Neuropsy :

UroNéphro :

Digestive :

Respiratoire :

Musculosquelettique :

Autre(s) :