

Entretiens VDSI Pré-fragilité : Par (Nom de l'IDEL) :		Bénéficiaire *Nom & prénom : *Adresse : Date de naissance : ... / .../... Age : - 1. Vie rurale 2. Vie urbaine *Données à anonymiser pour communication du formulaire à l'URPS Infirmiers Hauts de France	Suivi médical Médecin traitant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Dr : Adresse :
VDSI 1 réalisée le : Score repérage : Fait le : Par :			
VDSI 2 réalisée le :			
Consentement de la personne à l'échange d'informations contenues dans le cadre de l'expérimentation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
ATCD personnels médicaux, chirurgicaux, obstétricaux marquants :			
Vaccination à jour : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diphthérite, Tétanos, Poliomylérite tous les 10 ans : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Vaccination saisonnière anti grippale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Covid : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Histoire de santé (allergies, pathologie(s) chronique(s), médicaments et traitements utilisés :			
Statut de vie : vit seule, vit en couple, vit accompagnée, Animaux de compagnie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Statut professionnel : en activité, retraité, invalidité, sans emploi, chômage, Parcours professionnel :	
Domicile : Maison – Apt – autre : Accessibilité : Étage, avec ou sans ascenseur Salubrité de l'habitat : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Domicile /avancée en âge <input type="checkbox"/> Adapté <input type="checkbox"/> Peu adapté <input type="checkbox"/> Inadéquat	Urbanisme et transport : <input type="checkbox"/> Adapté <input type="checkbox"/> Non adapté Voiture conductrice : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Accès à la culture <input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Difficile Internet au domicile : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Équipement informatique utilisé (ordi, smartphone) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Qualité des liens familiaux : <input type="checkbox"/> Bons <input type="checkbox"/> Moyens <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Absence de liens familiaux		Rôle de soutien : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Perception de la charge : <input type="checkbox"/> Supportable <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Très importante	
Changements récents en termes de :			
<u>Bouleversements familiaux</u> <input type="checkbox"/> Départ des enfants <input type="checkbox"/> Arrivée de petits enfants <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Veuvage <input type="checkbox"/> Séparation <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Aidants de ses parents <input type="checkbox"/> Migration	<u>Bouleversement des modes de vie</u> <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Déplacements	<u>Bouleversements liés à la santé</u> <input type="checkbox"/> Maladie(s) chronique(s) <input type="checkbox"/> Problèmes de santé qui impactent le quotidien	<u>Changements économiques</u> <input type="checkbox"/> Fin de prêt immobilier <input type="checkbox"/> Héritage <input type="checkbox"/> Diminution de pouvoir d'achat à la retraite/ veuvage/ divorce

Support d'aide à l'entretien et au suivi infirmier lors des VDSI pré-fragilité

RECUEIL DE DONNEES : EXAMEN PHYSIQUE - TESTS ET MESURES	ENTRETIEN CLINIQUE	DIAGNOSTICS INFIRMIERS	ACTIONS EDUCATIVES & PREVENTIVES VDSI 1	ÉVALUATION DES ACTIONS & PRECONISATIONS VDSI 2
---	--------------------	------------------------	--	---

DOMAINE SENSORIEL				
VUE Presbytie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Appareillage : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Port de lunettes adaptées : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> DMLA <input type="checkbox"/> Autre : Troubles de la vision : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sècheresse oculaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diminution sensibilité aux contrastes et champ visuel : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Perception des couleurs altérée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Avez l'impression que les lignes droites ondulent ou se déforment ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<i>Risque de</i> <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Gêne / douleur <input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative <input type="checkbox"/> Trouble de la vue	<u>Conseils & prévention :</u> <u>Conseil et orientation :</u> <input type="checkbox"/> Consultation ophtalmo <input type="checkbox"/> Opticien <input type="checkbox"/> Pharmacien	
OUÏE Appareillage : OUI -NON Diminution de la compréhension de la parole : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Presbyacousie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Acouphène : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sentiment d'isolement social : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<i>Risque de :</i> <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Gêne /douleur <input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative <input type="checkbox"/> Trouble de l'audition	<u>Conseils & prévention :</u> Port d'appareillage lors des rencontres sociales : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Conseil & Orientation :</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Audioprothésiste <input type="checkbox"/> Orthophoniste	

Support d'aide à l'entretien et au suivi infirmier lors des VDSI pré-fragilité

TOUCHER	PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Perte de la sensation tactile : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Perte de précision dans les gestes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Risque de : <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Gêne /douleur <input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative	<u>Conseils & prévention :</u> <u>Conseil et Orientation</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Podologue	
GOUT	PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diminution de la détection de l'amertume et du salé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sècheresse de la muqueuse buccale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Plaisir de manger : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Risque de : <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Mal ou dénutrition <input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire <input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Altération du gout	<u>Conseils & prévention :</u> Ne pas trop consommer des aliments sucrés ou trop salés <u>Conseil et Orientation</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste	
ODORAT	PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON COVID + : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diminution de l'odorat : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Anosmie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Risque de : <input type="checkbox"/> Accidents domestiques <input type="checkbox"/> Repli sur soi <input type="checkbox"/> Perte d'appétit	<u>Conseils & prévention</u> - Aérer le logement régulièrement - Alarme sonore fumées - Exercices sur les odeurs <u>Conseil et Orientation</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> ORL	

DOMAINE NUTRITION

POIDS IMC : $\text{IMC} = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)} \times \text{Taille (m)}}$ <input type="checkbox"/> < à 21 <input type="checkbox"/> < 18	PEC médicale : OUI-NON Auto régime : OUI-NON <input type="checkbox"/> Perte de poids récente <input type="checkbox"/> Perte de poids involontaire <input type="checkbox"/> Prise de poids <input type="checkbox"/> Poids stable <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Risque de : Apports énergétiques : <input type="checkbox"/> Trop importants <input type="checkbox"/> Insuffisants <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Surcharge pondérale	<u>Conseils & prévention :</u> - Contrôle régulier du poids - Conseils hygiéno-diététiques (calcium & vit D)	
---	--	--	--	--

Support d'aide à l'entretien et au suivi infirmier lors des VDSI pré-fragilité

<p>Circonférence mollet mesurée au point le plus large : ... cm <input type="checkbox"/> < à 31 cm</p> <p>TEST MNA (Volet A) Score : <input type="checkbox"/> 8-11 <input type="checkbox"/> 0-7</p> <p>TEST MNA (Volet B) Score :</p> <p>Score A+B : <input type="checkbox"/> <17 <input type="checkbox"/>]17-28.5]</p>	<p>Perte d'appétit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diminution sensation de soif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Habitudes alimentaires Prise de 3 repas / J : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - <u>riche en fibres</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - <u>protéines animales</u> Viandes - œufs - poissons : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - <u>protéines végétales</u> Pain, céréales, riz, pommes de terre légumes secs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Crampes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Consommation d'alcool : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Questionnaire CAGE-DETA Score : <input type="checkbox"/> > 2</p>	<input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire <input type="checkbox"/> Trouble de l'usage de l'alcool	<p>Conseil & Orientation :</p> <p>Consultation :</p> <p><input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Diététicien <input type="checkbox"/> Addictologue</p>	
<p>DENTITION</p> <p>État bucco -dentaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bon 2. Moyen 3. Pauvre 4. Très mauvais <p>Perte de dent(s) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Non adaptée</p>	<p>PEC bucco-dentaire : OUI -NON Besoins ressentis en soins dentaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Hyposialie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Mobilité des ligaments Alvéolo-dentaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Maladie parodontale (gingivite) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Douleurs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Test EVA : TILT : Tabac : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Niveau de dépendance : Test de FAGERSTRÖM Score : <input type="checkbox"/> [7-10]</p>	<p>Risque de</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Perturbation de l'état nutritionnel par la modification des prises alimentaires <input type="checkbox"/> Altération de la phonation <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Douleurs / gêne</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de la mastification <input type="checkbox"/> Dépendance au tabac</p>	<p>Conseil & prévention :</p> <p><input type="checkbox"/> Hygiène bucco-dentaire <input type="checkbox"/> Consommation raisonnée café, thés sucrés <input type="checkbox"/> Sevrage alcool & tabac <input type="checkbox"/> Prescription de substituts nicotiniques</p> <p>Conseil & orientation</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Addictologie</p>	

DOMAINE MOBILITE			
<p>Ralentissements psychomoteurs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Hallux valgus : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Chaussage adapté : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Fonte musculaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Questionnaire SARC-F Score : <input type="checkbox"/> > à 4</p> <p><u>Trouble de la marche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - déséquilibre arrière : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - marche à petits pas glissés : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Vitesse de marche ralenti : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p>Test Timed up &go:</p> <p>Score: ... /4 <input type="checkbox"/> ≤1</p> <p>Temps exécution : ... sec</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 20 sec <input type="checkbox"/> 20 à 29 sec <input type="checkbox"/> >30sec <p>Test d'appui Unipodal : ... sec</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> > à 5 sec Lever de chaise : ... sec <input type="checkbox"/> > à 15 sec 	<p>PEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - orthopédie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - podologique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - chirurgicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - kiné : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p>Peur de tomber : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - simple : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - compliquée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p>Circonstances ? :</p> <p>ATCD de fracture : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Sensation de diminution de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La force (parésie) 2. L'endurance 3. L'équilibre <p>Ankylose articulaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Douleurs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Exercice physique</p> <p>Régulier : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Fréquence : ... / sem .../ mois</p> <p>Contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Endurance (marche active) <input type="checkbox"/> Force musculaire (musculation) 	<p>Risque de</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Gêne /douleur <input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative <input type="checkbox"/> Réduction des activités physiques <input type="checkbox"/> Séentarité <input type="checkbox"/> Instabilité chronique <p>Conseils & prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> COORDOLIB <input type="checkbox"/> Activités physiques <p>Conseil & orientation</p> <p>Consultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Podologue <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Pharmacien 	

Support d'aide à l'entretien et au suivi infirmier lors des VDSI pré-fragilité

PEAU ET PHANERES Dessèchement de la peau : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Troubles trophiques : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Œdème jambes inférieurs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Troubles pigmentaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Port de contention : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Démangeaison : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Ongles cassants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Perte de cheveux : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Risque de <input type="checkbox"/> Atteinte cutanée <input type="checkbox"/> Gêne /douleur <input type="checkbox"/> Réduction des activités physiques <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur	<u>Conseil & prévention :</u> - Soins corporels, - Hydratation, - Alimentation, - Exposition solaire - Auto examen de peau (tâche, grain de beauté) <u>Conseil & orientation</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Dermatologue <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Pédicure	
ÉLIMINATION	PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Continence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fuites urinaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Incontinence urinaire à l'effort : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Miction impérieuse : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Constipation fréquente : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Usage de laxatif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Risque de <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Atteinte à l'intégrité cutanée <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Réduction de l'activité physique <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Trouble de l'estime de soi <input type="checkbox"/> Trouble de la sexualité	<u>Conseil & prévention :</u> Hygiène et diététique Activités physiques <u>Conseil & orientation</u> <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Pharmacien	

DOMAINE PSYCHOLOGIQUE & INTERACTIONS SOCIALES			
HUMEUR Trouble thymique (anxiété, peur, méfiance, hostilité) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PEC psychologique et de soutien : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Vous sentez-vous déprimé ?</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois anxieux ou triste <input type="checkbox"/> Oui <u>Test : Auto-questionnaire HAD</u> Score symptômes anxieux : .../21 <input type="checkbox"/> 8 à 10 <input type="checkbox"/> \geq 11 Score symptômes dépressifs : .../21 <input type="checkbox"/> 8 à 10 <input type="checkbox"/> \geq 11 <u>Test : Mini GDS</u> Score : <input type="checkbox"/> Score > à 1	<i>Risque de</i> <input type="checkbox"/> Trouble des liens sociaux <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Douleurs psychiques <input type="checkbox"/> Dépression	<u>Conseil & prévention :</u> <u>Conseil & orientation</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Psychologue
VIE SOCIALE	Réseau social : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Appartenance à une communauté : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Ennui- insatisfaction : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<i>Risque de :</i> <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Altération des capacités cognitives <input type="checkbox"/> Altération de l'estime de soi	<u>Conseil & prévention :</u> <u>Conseil & orientation</u> <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Réseaux des associations <input type="checkbox"/> Assistante sociale CCAS

Support d'aide à l'entretien et au suivi infirmier lors des VDSI pré-fragilité

ADAPTATION ET TOLERANCE AU STRESS État d'aidant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pour : <input type="checkbox"/> Un ainé <input type="checkbox"/> Un enfant <input type="checkbox"/> Petits enfants <input type="checkbox"/> Autre : ...	Situations stressantes de la période de l'avancée en âge pouvant avoir une répercussion sur la santé ? <i>A compléter :</i> <u>Test : Inventaire du Fardeau (ECHELLE DE ZARIT)</u> Score : .../88 <input type="checkbox"/> 41-60 <input type="checkbox"/> < 60	Risque de : <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Asthénie <input type="checkbox"/> Epuisement <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur <input type="checkbox"/> Stratégie d'adaptation inefficace	<u>Conseil & prévention :</u> <u>Conseil & orientation</u> <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Réseaux des associations <input type="checkbox"/> Assistante sociale CCAS <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> CLIC	
--	--	---	--	--

DOMAINE COGNITIF ET ACTIVITES INTELLECTUELLES ET CULTURELLES				
Niveau de littératie en santé <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Bon	PEC médicale : OUI- NON Problème de concentration, d'attention : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Perte de mémoire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Centre d'intérêt :</u> <input type="checkbox"/> Lecture, <input type="checkbox"/> Mots croisés, sudoku, <input type="checkbox"/> Jeux de cartes et de société <input type="checkbox"/> Concert, cinéma, <input type="checkbox"/> Activités créatives <input type="checkbox"/> Autres : ...	Risque de <input type="checkbox"/> Ennui <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Altération des facultés cognitives <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire <input type="checkbox"/> Connaissances insuffisantes	<u>Conseil & prévention :</u> Les activités suscitant plaisir et estime de soi stimulent la plasticité cérébrale tout au long de la vie <u>Conseil & orientation</u> <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Ressources locales	

DOMAINE VITALITE

Comment diriez-vous que vous êtes heureux dans votre vie d'aujourd'hui sur une échelle de 0 à 10 ?

Très malheureux	ni l'un ni l'autre	heureux
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10		

Comment évaluez-vous votre santé par rapport aux personnes de votre âge ? Meilleure santé Santé équivalente Moins bonne santé

Avez-vous une sensation d'épuisement ? : OUI NON

SOMMEIL	PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Traitement médicamenteux <input type="checkbox"/> Traitement non médicamenteux Trouble du sommeil : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Trouble de l'endormissement Durée moyenne du sommeil en heures : Réveils nocturnes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sieste : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sommeil jugé : <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Insuffisant <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Fractionné <input type="checkbox"/> Altéré	<i>Risque de</i> <input type="checkbox"/> Trouble de la concentration <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur <input type="checkbox"/> Asthénie <input type="checkbox"/> Immobilité <input type="checkbox"/> Apathie <input type="checkbox"/> Isolement social	<u>Conseil & prévention :</u> <input type="checkbox"/> Hygiène et diététique <input type="checkbox"/> Activités physiques <input type="checkbox"/> Comportements routiniers facilitant le sommeil <u>Conseil & orientation</u> <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Pharmacien	
	PEC médicale : OUI -NON Arthrose : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Arthrite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autres : <input type="checkbox"/> Automédication d'antalgique : <input type="checkbox"/> Traitement antalgique prescrit :	<i>Risque de</i> <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Gêne /douleur <input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative <input type="checkbox"/> Réduction des activités physiques <input type="checkbox"/> Séentarité <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur	<u>Conseil & prévention :</u> <u>Conseil & orientation</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Pédicure- Podologue	