





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



Fiche 1

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 &amp; 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 goût	<u>Conseils &amp; 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 &amp; 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 : $IMC = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)} \times \text{Taille (m)}}$ <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 &amp; prévention :</u> - Contrôle régulier du poids - Conseils hygiéno-diététiques (calcium & vit D)	
--	--	---	--	--



<p>Circonférence mollet mesurée au point le plus large : ... cm <input type="checkbox"/> &lt; 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"/> &lt;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 Questionnaire CAGE-DETA Score : <input type="checkbox"/> &gt; 2</p>	<p><input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de l'usage de l'alcool</p>	<p><u>Conseil &amp; Orientation :</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Diététicien <input type="checkbox"/> Addictologue <input type="checkbox"/> Atelier Carsat Nutrition &gt; Flyer Défi autonomie Senior</p>	
<p>DENTITION</p> <p>État bucco -dentaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bon</li> <li>Moyen</li> <li>Pauvre</li> <li>Très mauvais</li> </ol> <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 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 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><i>Risque de</i></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</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendance au tabac</p>	<p><u>Conseil &amp; prévention :</u> <input type="checkbox"/> Hygiène bucco-dentaire <input type="checkbox"/> Consommation raisonnée café, thés sucrés <input type="checkbox"/> Sevrage alcool &amp; tabac <input type="checkbox"/> Prescription de substituts nicotiniques</p> <p><u>Conseil &amp; orientation</u> <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                  Hallux valgus : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Chaussage adapté :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Fonte musculaire :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Questionnaire SARC-F Score :  <input type="checkbox"/> &gt; à 4</p> <p><u>Trouble de la marche</u>                  - 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 ralentie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Test Timed up &amp;go:                  Score: ... /4 <input type="checkbox"/> ≤1                  Temps exécution : ... sec  <input type="checkbox"/> &lt; à 20 sec  <input type="checkbox"/> 20 à 29 sec  <input type="checkbox"/> ≥ 30sec</p> <p>Test d'appui Unipodal : ... sec  <input type="checkbox"/> &gt; à 5 sec                  Lever de chaise : ... sec  <input type="checkbox"/> &gt; à 15 sec</p>	<p>PEC :                  - 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> <p>Peur de tomber : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Chute :                  - simple : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - compliquée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Circonstances ? : .....</p> <p>ATCD de fracture : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Sensation de diminution de :                  1. La force (parésie)                  2. L'endurance                  3. L'équilibre</p> <p>Ankylose articulaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Douleurs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Exercice physique                  Régulier : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Fréquence : ... / sem ... / mois                  Contexte : ....  <input type="checkbox"/> Endurance (marche active)  <input type="checkbox"/> Force musculaire (muscultation)</p>	<p>Risque de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Chute</li> <li><input type="checkbox"/> Isolement</li> <li><input type="checkbox"/> Gêne /douleur</li> <li><input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative</li> <li><input type="checkbox"/> Réduction des activités physiques</li> <li><input type="checkbox"/> Sédentarité</li> <li><input type="checkbox"/> Instabilité chronique</li> </ul>	<p><u>Conseils &amp; prévention :</u>  <input type="checkbox"/> COORDOLIB  <input type="checkbox"/> Activités physiques</p> <p><u>Conseil &amp; orientation</u>                  Consultation :  <input type="checkbox"/> MT  <input type="checkbox"/> Podologue  <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute  <input type="checkbox"/> Pharmacien  <input type="checkbox"/> Plaquette « Défi autonomie sénior »                  Atelier équilibre et marche</p>	
---	---	---	---	--



<p>PEAU ET PHANERES</p> <p>Dessèchement de la peau :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Troubles trophiques :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Œdème jambes inférieures :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Troubles pigmentaires :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Port de contention :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Démangeaison : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Ongles cassants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Perte de cheveux : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p><i>Risque de</i></p> <p><input type="checkbox"/> Atteinte cutanée</p> <p><input type="checkbox"/> Gêne /douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Réduction des activités physiques</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur</p>	<p><u>Conseil &amp; prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins corporels,</li> <li>- Hydratation,</li> <li>- Alimentation,</li> <li>- Exposition solaire</li> <li>- Auto examen de peau (tâche, grain de beauté)</li> </ul> <p><u>Conseil &amp; orientation</u></p> <p>Consultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MT</li> <li><input type="checkbox"/> Dermatologue</li> <li><input type="checkbox"/> Pharmacien</li> <li><input type="checkbox"/> Pédicure</li> </ul>	
<p>ÉLIMINATION</p>	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Continence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Fuites urinaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Incontinence urinaire à l'effort :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Miction impérieuse : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Constipation fréquente :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Usage de laxatif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p><i>Risque de</i></p> <p><input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Atteinte à l'intégrité cutanée</p> <p><input type="checkbox"/> Infection</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement social</p> <p><input type="checkbox"/> Réduction de l'activité physique</p> <p><input type="checkbox"/> Chute</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de l'estime de soi</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de la sexualité</p>	<p><u>Conseil &amp; prévention :</u></p> <p>Hygiène et diététique</p> <p>Activités physiques</p> <p><u>Conseil &amp; orientation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MT</li> <li><input type="checkbox"/> Kinésithérapeute</li> <li><input type="checkbox"/> Activité physique adaptée &gt; flyer « Défi autonomie senior »</li> </ul>	





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



Fiche 1

## 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

<p>SOMMEIL</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>Sommeil jugé :  <input type="checkbox"/> Bon            <input type="checkbox"/> Insuffisant  <input type="checkbox"/> Mauvais    <input type="checkbox"/> Fractionné    <input type="checkbox"/> Altéré</p>	<p><i>Risque de</i></p> <p><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</p>	<p><u>Conseil &amp; prévention :</u>  <input type="checkbox"/> Hygiène et diététique  <input type="checkbox"/> Activités physiques  <input type="checkbox"/> Comportements routiniers facilitant le sommeil</p> <p><u>Conseil &amp; orientation</u>  <input type="checkbox"/> MT  <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute  <input type="checkbox"/> APA  <input type="checkbox"/> Psychologue  <input type="checkbox"/> Pharmacien  <input type="checkbox"/> Atelier Sommeil &gt; flyer « Défi autonomie senior »</p>	
<p>DOULEUR CHRONIQUE</p> <p><u>Tests EVA</u>                      jour :                      - nuit :</p> <p>TILT :</p>	<p>PEC médicale : OUI -NON</p> <p>Arthrose : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                      Arthrite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                      Autres :</p> <p><input type="checkbox"/> Automédication d'antalgique :</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement antalgique prescrit :</p>	<p><i>Risque de</i></p> <p><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"/> Sédentarité  <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur</p>	<p><u>Conseil &amp; prévention :</u></p> <p><u>Conseil &amp; orientation</u>                      Consultation :  <input type="checkbox"/> MT  <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute  <input type="checkbox"/> Pédicure- Podologue</p>	