

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX COMPLEMENTAIRES

Nom : Prénom :

STATUT NUTRITIONNEL :

Poids approximatif : IMC :

Dénutrition protéino énergétique connue : Oui Non

Régime particulier (diabétique, mixé...) :

Compléments alimentaires : Oui Non

EVALUATION DE L'AUTONOMIE :

Existe-t-il des séquelles ayant un impact sur l'autonomie consécutives à ?

- Des fractures :
- Un AVC :
- Une ou des interventions chirurgicales :

Existe-t-il un risque de chute identifié ? Oui Non

Le résident peut-il utiliser les escaliers ? Oui Non

SI ADMISSION SOUHAITEE en UNITE d'HEBERGEMENT RENFORCEE (UHR)

Diagnostic précis de la pathologie démentielle :

Suivi actuel (Nom et adresse du spécialiste) :

Derniers éléments psychométriques réalisés (MMS, Horloge, SMI, Fluence ...) :

Troubles du comportement productifs :

Compléter la grille NPI-ES ci-après

Date :

Cachet et Signature :

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE - NPI-ES

Date du test :

NA = question inadaptée (non applicable) - F x G = Fréquence x Gravité																	
	NA	Absent	Fréquence				Gravité			Retentissement							
ITEMS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	= F x G		1	2	3	4	5
Idées délirantes.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Hallucinations.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Agitation/Agressivité.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Dépression/Dysphorie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Anxiété.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Exaltation de l'humeur/Euphorie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Apathie/Indifférence.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Désinhibition.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Comportement moteur aberrant.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
SCORE TOTAL 10																	
CHANGEMENTS NEUROVÉGÉTATIFS																	
Sommeil.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Appétit/Troubles de l'appétit.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
SCORE TOTAL 2																	
SCORE TOTAL 12																	

- FREQUENCE :**
- ① Quelquefois
 - ② Assez souvent
 - ③ Fréquemment
 - ④ Très fréquemment

- GRAVITE :**
- ① Léger
 - ② Moyen
 - ③ Important

- RETENTISSEMENT :**
- ① Pas du tout
 - ② Légèrement
 - ④ Assez sévèrement

- ① Perturbation minimum
- ③ Modérément
- ⑤ Très sévèrement ou extrêmement