

Nom du patient: _____

Date: _____



ÉTAPE 1 – EXAMEN DU PATIENT

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

Nom et adresse pour un test de rappel ultérieur

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

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

Correct **Incorrect**

Test de l'horloge (utiliser une page vierge)

2. *Marquez, s'il vous plaît, les nombres pour indiquer les heures sur l'horloge. (espacement correct requis)*
3. *Marquez les aiguilles pour qu'il soit 11H10.*

Information

4. *Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé récemment aux informations (journaux, télévision)?*
(Récemment = dans la semaine passée. Si la réponse est trop générale, comme "guerre" ou "pluie", demandez des détails. Ne coter qu'une réponse précise.)

Rappel

5. *Quels étaient le nom et l'adresse que je vous ai demandés de retenir?*
- Pierre
- Martin
- 42
- Rue des Acacias
- Neuilly

Additionnez les réponses correctes:

Score total:

sur 9

9 **Aucune déficience cognitive significative**

Pas de nécessité d'autres examens

5 – 8 **Nécessité d'informations additionnelles**

Procédez à l'étape 2 du test à la page suivante

0 – 4 **Indication d'une détérioration cognitive**

Conduisez des examens standards

Nom du patient: _____

Date: _____



ÉTAPE 2: INFORMATIONS VENANT DE L'INFORMATEUR

Nom de l'informateur: _____

Relation entre l'informateur et le patient (parent/ami...): _____

Demandez l'informateur:

Par rapport à il y a 5–10 années,

	OUI	NON	Ne sait pas	N/A
1. 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"/>	
2. 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"/>	
3. Est-ce qu'il ou elle a plus de difficultés à trouver le bon mot ou a une tendance à remplacer un mot par un autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 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"/>
5. Est-ce que le patient est moins capable de gérer ses médicaments de façon indépendant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que le patient a besoin d'aide supplémentaire pour ses transports (privés ou publics)? (Si le patient a des difficultés seulement causer par des problèmes physique, par exemple mal au jambes, cochez 'non'.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Additionnez les réponses 'NON', 'Ne sait pas' ou 'N/A (non applicable)':

Score total: sur 6

4 – 6 Aucune déficience cognitive significative

Pas de nécessité d'autres examens

0 – 3 Indication d'une détérioration cognitive

Conduisez des examens standards

En cas de renvoi à un spécialiste, mentionnez les scores individuels pour les deux étapes de test GPCOG:

ÉTAPE 1 Examin du patient: ___ / 9

ÉTAPE 2 Entretien avec l'informateur: ___ / 6 ou N/A