

- La partie 1 doit être remplie par le patient;
- La partie 2 doit être remplie par le médecin;
- Le patient assume les frais exigés pour faire remplir le présent formulaire.

Pour nous permettre d'évaluer la demande de votre patient, il est primordial de répondre entièrement à toutes les questions.

### Partie 1 – Identification du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

N° de contrat : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

### Partie 2 – Rapport du médecin

1. Diagnostic

1.1. Diagnostic principal \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

1.2. Diagnostic secondaire \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

2. Consultation antérieure

2.1. Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

2.2. Raison de la consultation : \_\_\_\_\_

Au médecin : Veuillez répondre aux questions 3, 4 et 5 selon les définitions suivantes des activités de la vie quotidienne.

#### Prendre son bain

La capacité de se laver dans un bain ou une douche, incluant le fait d'entrer et de sortir du bain ou de la douche ou se laver à l'éponge.

#### Se vêtir

La capacité de mettre, d'enlever, de boutonner et de déboutonner tous les vêtements nécessaires, incluant la pose d'appareils orthopédiques, de membres artificiels ou de tout autre accessoire chirurgical.

#### Effectuer certains déplacements

La capacité de se déplacer vers un lit, de s'y coucher et d'en sortir et la capacité de s'asseoir sur une chaise ou un fauteuil roulant et de s'en lever, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.

#### Aller aux toilettes

La capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir après y avoir effectué son hygiène personnelle complète.

#### Être continant

La capacité de contrôler ses fonctions intestinales et vésicales, avec ou sans matériel de protection pour incontinence ou dispositif chirurgical, de telle sorte qu'un niveau adéquat d'hygiène est maintenu.

#### Se nourrir

La capacité de consommer par soi-même des aliments et des boissons qui ont été préparés et servis par d'autres personnes.

L'assuré est en **état de dépendance** lorsqu'il est habituellement incapable, **sans l'aide d'une autre personne**, d'accomplir au moins deux des activités de la vie quotidienne ou lorsqu'il est atteint de déficience cognitive.

3. Veuillez indiquer pour quelle activité de la vie quotidienne votre patient est habituellement incapable, sans l'aide d'une autre personne, d'accomplir cette activité.

#### Le patient est habituellement incapable sans l'aide d'une autre personne de :

Prendre son bain :  Oui  Non Si oui, à compter de quelle date \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ et préciser cette incapacité : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Se vêtir :  Oui  Non Si oui, à compter de quelle date \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ et préciser cette incapacité : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Effectuer certains déplacements :  Oui  Non Si oui, à compter de quelle date \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ et préciser cette incapacité : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Aller aux toilettes :  Oui  Non Si oui, à compter de quelle date \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ et préciser cette incapacité : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

## Partie 2 (suite)

Être continent :  Oui  Non Si oui, à compter de quelle date \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ et préciser cette incapacité : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Se nourrir :  Oui  Non Si oui, à compter de quelle date \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ et préciser cette incapacité : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Toute activité de la vie quotidienne non mentionnée :  Oui  Non Si oui, à compter de quelle date \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ et préciser cette incapacité : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Au médecin : Veuillez répondre aux questions 4, 5 et 6 selon la définition suivante de la déficience cognitive.

La **déficience cognitive** signifie la dégradation des fonctions intellectuelles qui se manifeste par l'incapacité de penser, de percevoir, de réfléchir et de se rappeler. Les sources de la déficience cognitive sont la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence sénile irréversible. La déficience cognitive doit :

1. être fondée sur des résultats cliniques et des normes de mesure de la déficience;
2. avoir une cause organique;
3. avoir comme conséquence que la personne est incapable de prendre soin d'elle-même sans la surveillance continue d'une autre personne.

4. Est-ce qu'une déficience cognitive a été diagnostiquée? Oui  Non

6.1. Si oui, quel est le diagnostic : \_\_\_\_\_

6.2. Date du diagnostic : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

6.3. Si oui, quels examens ont été subis pour confirmer ce diagnostic?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

5. Veuillez cocher une seule case qui décrit le mieux le degré de déficience cognitive de votre patient.

- Le patient n'a pas de déficience cognitive comme il est décrit ci-dessus.
- Le patient a une déficience cognitive modérée qui ne requiert pas de surveillance.
- Le patient a une déficience cognitive sévère qui requiert une surveillance constante pour le protéger contre toute menace pour sa santé et sa sécurité.

6. Veuillez nous fournir tout autre renseignement décrivant la déficience cognitive de votre patient qui n'aurait pas été donné aux réponses précédentes.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Identification du médecin

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

N° de permis d'exercice : \_\_\_\_\_

Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour