QUESTIONNAIRE EVALUATION FRAGILITE

**CONSULTATION INFIRMIERE D’EVALUATION DE LA VULNERABILITE DES PATIENTS ENTRANT DANS LE PARCOURS VADS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom du patient :**  |  |
| **Date naissance :**  |  |
| **Numéro de dossier :** |  |
| **Date de l’évaluation :**  |  |

|  |
| --- |
| **Eléments d’identification du patient** |
| Insérer les données dans les cases à fond vert x ou X dans les cases à choix |
| **Age** |
|  |  19 ans et moins |
|  |  20-39 ans |
|  |  40-59 ans |
|  |  60-74 ans |
|  |  75 ans et plus  |
| **Genre** |
|  | Masculin |
|  | Féminin |
|  | Autre |
| **Protection juridique** |
|  | Tutelle |
|  | Curatelle renforcée |
|  | Curatelle |
|  | Sauvegarde de justice |
|  | Pas de protection juridique |

|  |
| --- |
| **Catégorie socio-professionnelle** (INSEE)   |
| Professionintermédiaire  |  | Commerçant ouchef d'entreprise |  | Cadre et professionsintellectuelles |  |
| Artisan |  | Employé ou ouvrier |  | Retraité  |  |
| Agriculteur exploitant |  | Inactif/sans profession |  |  |  |  |
| **Situation de travail actuelle si non retraité** |
| CDI, fonctionnaire |  | CDD |  | Intérim,alternant,stage |  |
| Libéral |  | Micro-entrepreneur |  | En arrêt maladie |  |
|  En invalidité |  | Sans contrat, chômage  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Isolement** | Oui | Non |
| Vivez-vous avec d’autres personnes ?  |  |  |
| En cas de difficultés (matérielles, de santé, familiales) y a-t-il des personnes de votre entourage (famille/amis) qui peuvent vous aider concrètement ?  |  |  |
| Avez-vous une ou plusieurs personnes qui vous aident dans votre vie quotidienne ?  |  |  |
| **1.1. Le patient est-il isolé (socialement) ?**  |  |  |
| Habitez-vous dans un endroit non desservi par les transports en commun ?  |  |  |
| Avez-vous des difficultés à vous rendre aux lieux de soins ?  |  |  |
|  Si oui, en raison de la distance  |  |  |  |
| Si oui, préciser le nb de km : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Le mode de transport |  |  |
| L’accompagnement  |  |  |
| La fatigue |  |  |
|  Autre, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Avez-vous des difficultés à vous rendre aux lieux pour faire vos courses alimentaires ?  |  |  |
|  Si oui, en raison de la distance  |  |  |
| Si oui, préciser le nb de km : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Le mode de transport  |  |  |
| L’accompagnement  |  |  |
| La fatigue |  |  |
| Autre, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Vous sentez-vous isolé géographiquement ?  |  |  |
| **1.2 Isolement géographique**  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Finance** | Oui | Non |
| Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, factures, etc.) ?  |  |  |
| Rencontrez-vous parfois un travailleur social par rapport à ces difficultés financières ?  |  |  |
| Percevez-vous l’une de ces allocations : RSA, ARE, AAH, API, ASS, AI, l’allocation de veuvage, le minimum vieillesse ou l’allocation supplémentaire de vieillesse ?  |  |  |
|  Si oui préciser laquelle de ces allocations : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous des personnes à charge ? (Mineurs, conjoint ou enfant dépendant, personne âgée, autres…)  |  |  |
| Avez-vous un animal pour lequel la prise en charge pose un problème ?  |  |  |
| **2. Le patient connaît il des difficultés financières ?**  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Logement** | Oui | Non |
| Etes-vousPropriétaire d’un logement individuel ?  |  |  |
| Locataire d’un logement individuel ?  |  |  |
| Etes-vous Hébergé par un membre de votre famille ou par un tiers ?  |  |  |
| Vivez-vousen institution (CADA, EHPAD, etc.) ?  |  |  |
|  En logement d’urgence ?  |  |  |
| Si Non, en squat/ bidonville ? |  |  |
| N’avez-vous aucun logement ?  |  |  |
| Le logementest-il difficile d’accès (exemple étage obligatoire) ?  |  |  |
| Est-il adapté à vos problématiques de santé ?  |  |  |
| Si Non, est-il insalubre ? |  |  |
| Existe-t-il dans votre logement une pièce où vous pouvez vous isoler pendant les soins ?  |  |  |
| **3. Le patient est-il sans logement ou le logement est-il difficile d’accès (étage obligatoire) ?**  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Score ADL :**  |  | **/** | **6** |  |
| Hygiènecorporelle | 1 |  |  Autonome |   |   |   |   |
| 0,5 |  |  Aide partielle |  |  |  |   |
| 0 |  |  Dépendant |   |   |   |   |
| Habillage | 1 |  |  Autonomie pour le choix des vêtements et l’habillage |   |   |   |   |
| 0,5 |  |  Autonomie pour le choix des vêtements et l’habillage mais besoin d’aide pour se chausser |
| 0 |  |  Dépendant |   |   |   |   |
| Aller auxtoilettes | 1 |  |  Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite |   |
| 0,5 |  |  Doit être accompagné ou a besoin d’aide pour se déshabiller ou se rhabiller |
| 0 |  |  Ne peut aller aux toilettes seul |   |   |   |   |
| Locomotion | 1 |  |  Autonome |   |   |   |   |
| 0,5 |  |  A besoin d’aide (canne, déambulateur, accompagnant) |  |  |  |   |
| 0 |  |  Grabataire |   |   |   |   |
| Continence | 1 |  |  Continent |   |   |   |   |
| 0,5 |  |  Incontinence occasionnelle |  |  |  |   |
| 0 |  |  Incontinent |   |   |   |   |
| Repas | 1 |  |  Se sert et mange seul |   |   |   |   |
| 0,5 |  |  Aide pour se servir, couper la viande ou peler un fruit |  |  |  |   |
| 0 |  |  Dépendant |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Score IADL :**  |  | **/** |  |  |
| Téléphone | 1 |  |  Se sert normalement du téléphone | Blanchisserie |   |  |  Non applicable |
| 1 |  |  Compose quelques numéros très connus | 1 |  |  Effectue totalement sa blanchisserie personnelle |
| 1 |  |  Répond au téléphone mais ne l’utilise pas spontanément | 1 |  |  Lave les petits articles (chaussettes, bas) |
| 0 |  |  N’utilise pas du tout le téléphone | 0 |  |  Toute la blanchisserie doit être faite pas d’autres |
| 0 |  |  Incapable d’utiliser le téléphone |   |  |   |
| Courses | 1 |  |  Fait les courses | Transports | 1 |  |  Utilise les transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture |
| 0 |  |  Fait quelques courses normalement (nombre limité d’achat) | 1 |  |  Organise ses déplacements en taxi ou n’utilise aucun moyen de transport public |
| 0 |  |  Doit être accompagné pour faire ses courses | 1 |  |  Utilise les transports publics avec l’aide de quelqu’un |
| 0 |  |  Complètement incapable de faire ses courses | 0 |  |  Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l’aide de quelqu’un |
| Aliments |   |  |  Non applicable, n’a jamais préparé de repas | Traitement |   |  |   |
| 1 |  |  Prévoit, prépare et se sert normalement les repas |   |  |   |
| 0 |  |  Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis | 1 |  |  Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects) |
| 0 |  |  Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas | 0 |  |  Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l’avance |
| 0 |  |  Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir | 0 |  |  Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l’avance |
| Ménager |   |  |  Non applicable | Argent |   |  |  Non applicable |
| 1 |  |  Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle | 1 |  |  Gère ses finances de façon autonome |
| 1 |  |  Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal | 1 |  |  Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d’aide pour les opérations à la banque et les achats importants |
| 1 |  |  A besoin d’aide pour tous les travaux d’entretien ménager | 0 |  |  Incapable de manipuler l’argent |
| 0 |  |  Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit |   |  |   |



|  |
| --- |
|  Robuste Fragile**Mode de vie** [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 |

|  |
| --- |
| **Comorbidités** |
| Antécédents médicaux :  |   |
|   |
| Antécédents chirurgicaux :  |   |
|   |
| Allergies connues :  |  |
|  |
| Traitement en cours : |   |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Absence de comorbidité |  |
| ***Items issus de l’index de comorbidité de Charlson***  |   |
| SIDA  |  |
| Infarctus du myocarde  |  |
| Insuffisance cardiaque congestive  |  |
| Pathologie vasculaire périphérique (ex : (pontage que ce soit au niveau cœur ou MI)  |  |
| Lymphome  |  |
| Leucémie  |  |
| Diabète (exclue le diabète traité par régime uniquement)  |  |
| Diabète compliqué (rétinopathie, néphropathie, neuropathie,  |  |
| Maladie pulmonaire chronique  |  |
| Diabète avec ou sans complication (exclue le diabète traité par régime uniquement)  |  |
| Maladie de système  |  |
| Tumeur sans métastases (exclue tumeurs diagnostiquées depuis plus de 5 ans et la tumeur en cours)  |  |
| Tumeur avec métastases  |  |
| Accident vasculaire cérébral avec ou sans séquelle ou accident ischémique transitoire  |  |
| Maladie cérébro-vasculaire avec hémiplégie  |  |
| Pathologie hépatique modérée (sans hypertension portale, en incluant hépatite chronique)  |  |
| Pathologie ulcéreuse peptique  |  |
| Insuffisance rénale non sévère  |  |
| Démence type Alzheimer  |  |
| ***Autres items***  | Oui |
| Syndrome de Korsakoff  |  |
| Maladie psychiatrique sous neuroleptique  |  |
| Démence sévère (justifiant des mesures de protection)  |  |
| O2 longue durée  |  |
| Dialyse  |  |
| Insuffisance hépatique sévère (Pathologie hépatique sévère)  |  |
| Insuffisance rénale sévère (risque de dialyse)  |  |
| Insuffisance cardiaque sévère  |  |
| Insuffisance respiratoire sévère  |  |



|  |
| --- |
|  Robuste FragileComorbidités [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 |

**ADDICTIONS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1/ Tabac** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  Jamais  |  Sevré |  Actif occasionnel |  Actif quotidien |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Depuis :  | Nb de cig/j :  | Nb de cig/j :  |
|  | Nb de cig/j :  | Depuis :  | Depuis :  |
|  | Pendant :  |   |   | Oui | Non |
| **Intentionnalité de sevrage**  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2/ Alcool (Questionnaire DETA)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Oui | Non |
| Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?  |  |  |
| Votre entourage vous a t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?  |  |  |
| Avez-vous déjà eu l’impression que vous buviez trop ?  |  |  |
| Avez-vous dejà eu besoin d’alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?  |  |  |
|  |  |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jamais  |  Sevré |  Actif occasionnel |  Actif quotidien |
|  |  |  |  |

 |  |  |
|  |  |  |
| **Intentionnalité de sevrage** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3/ Drogues** |  |  |  |  | Oui | Non |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Préciser le type de drogue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  Jamais  |  Sevré |  Actif occasionnel |  Actif quotidien  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |   | Depuis :  |       |       |  |  |
|  |       |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  | Oui | Non |
| **Intentionnalité de sevrage**  |  |  |  |  |  |



|  |
| --- |
|  Robuste Fragile**Addictions**  [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 |

**NUTRITION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1/ Données anthropométriques** |  |  |
| Actuellement vous pesez : |  | **kg** |
| Vous mesurez (par ex : 165) : |  | **cm** |
| IMC :  |  |  |
| Il y a 6 mois, vous pesiez :  |  | **kg** |
| Perte de poids en 6 mois (%) :  |  |  |
| Il y a 1 mois, vous pesiez :  |  | **kg** |
| **Perte de poids en 1 mois (%) :**  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2/Type d’alimentation** |  |  |  | Oui |
|  | Orale  |  |
|  |  Alimentation entérale  |  |
|  | Mixte (orale & entérale)  |  |

**Répondre aux questions suivantes uniquement en cas d’alimentation orale exclusive**

|  |  |
| --- | --- |
| **3/ Score d’évaluation facile des Ingestas (SEFI ex EPA) de 0 à 10** |  |
| **4/ Durée de repas en minutes** |  |
| Une durée de repas > 1h est un facteur de dénutrition même si les apports sont suffisants  |  |
| **5/ Prenez-vous des compléments nutritionnels oraux ?**  | Oui | Non |
|  Commentaires :  |



|  |
| --- |
|  Robuste FragileNutrition [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 |

**COGNITION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Niveau d'études** |  |  |  |
| Aucun diplôme ou certificat d’études primaires |  |
| Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent  |  |
| Brevet des collèges, CAP, BEP ou équivalent |  |
| Diplôme du supérieur court (niveau bac + 2) |  |
| Diplôme du supérieur long (supérieur à bac + 2) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1/ *CODEX*** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Réussi | Echec |
| Apprentissage des 3 mots et rappel après le test de l’horloge (Citron Clé Ballon)  |  |  |
| Test de l’horloge (cf annexe)  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Consignes*** |
| Si les 2 tâches sont bien réalisées  | Normal  |
| Si aucune des tâches n’est correctement réalisée  | Anormal→ Faire une MOCA (voir annexe)  |
| Si seulement 1 seule des 2 tâches est correctement réalisée |
| Poser 5 questions : |
|   Quel est le nom de l’hôpital où nous sommes ?  |  |
|   Quel est le nom de la ville où nous sommes ?  |  |
|   Quel est le nom du département où nous sommes ?  |  |
|   Quel est le nom de la région où nous nous trouvons ?  |  |
|   A quel étage somme nous ?  |  |
| **Résultat aux questions posées :** normal Si > ou = à 4 ; Anormal Si < ou = à 3 → Faire une MOCA (ou un MMS) |
| Si MOCA, préciser le score  |  |



|  |
| --- |
|  Robuste Fragile**Cognition** [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 |

**PSYCHOLOGIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1/ Etes-vous triste ?** |  |  |  |
| Souvent  | Parfois  | Rarement  | Jamais  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2/ Etes-vous angoissé(e) ou anxieux(se) ?** |  |  |
| Souvent  | Parfois  | Rarement  | Jamais  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **3/ Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de votre vie ?** |  |
| Souvent  | Parfois  | Rarement  | Jamais  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **4/ Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi psychologique pour vos difficultés psychiques ?** |
| OUI  | NON  |   |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **5/ Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment ?** |  |
| OUI  | NON  |   |  |
|  |  |  |  |
| Si OUI, ce traitement a t-il débuté avant le diagnostic du cancer ? |  |  |
| OUI  | NON  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **6/ Etes-vous déjà suivi(e) par un professionnel (psychologue, psychiatre) ?** |  |
| OUI  | NON  |  |  |
|  |  |  |  |
| Si OUI, ce suivi a t-il débuté avant le diagnostic du cancer ? |  |  |
| OUI  | NON  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **7/ Ressentez-vous le besoin d’un soutien psychologique ?** |  |
| OUI  | NON  |   |  |
|  |  |  |  |



|  |
| --- |
|  Robuste Fragile**Psychologie** [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 |

**SYNTHESE DE L’EVALUATION ET DU PROFIL PATIENT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ROBUSTE0** | **1** | **2** | **FRAGILE3** |
| **MODE DE VIE SOCIAL** |  |  |  |  |
| **COMORBIDITES**  |  |  |  |  |
| **ADDICTIONS**  |  |  |  |  |
| **NUTRITION** |  |  |  |  |
| **COGNITION**  |  |  |  |  |
| **PSYCHOLOGIE** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Synthèse du dépistage, commentaires du professionnel de santé** |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions mises en place ce jour**  | Oui | Non |
| **Assistant social :** contact téléphonique  |  |  |
| Si oui, Date : /\_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_/ |
|  Et/ou demande écrite (mail, DPI, bon écrit…)  |  |  |
| Si oui, Date : /\_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_/ |
| **Addictologue**: contact téléphonique  |  |  |
| Si oui, Date : /\_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_/ |
|  Et/ou demande écrite (mail, DPI, bon écrit…)  |  |  |
| Si oui, Date : /\_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_/ |
| **Diététicien**: contact téléphonique  |  |  |
| Si oui, Date : /\_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_/ |
|  Et/ou demande écrite (mail, DPI, bon écrit…)  |  |  |
| Si oui, Date : /\_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_/ |
| **Psychologue**: contact téléphonique  |  |  |
| Si oui, Date : /\_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_/ |
|  Et/ou demande écrite (mail, DPI, bon écrit…)  |  |  |
| Si oui, Date : /\_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_/ |
| * **Autre action :**
 |  |  |
| Préciser :  |

**AUTRES INFORMATIONS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Repérage complet**  | Oui | Non | Si non, pourquoi ?  |
|  |  |
| Durée du repérage en minutes  |  |
| **Perception du soignant quant à la passation du questionnaire auprès du patient**  |