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) | | | | | | |
| Profession intermédiaire |  | Commerçant ou chef d'entreprise |  | Cadre et professions intellectuelles |  | |
| 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 ?** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Score ADL :** | | | |  | **/** | **6** |  |
| Hygiène corporelle | 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 aux toilettes | 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 |  |  |  |

Une image contenant texte, diagramme, capture d’écran, ligne

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.

|  |
| --- |
| 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 Fragile  Comorbidités  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** | |  |  |  |  |  |

Une image contenant texte, diagramme, capture d’écran, ligne

Description générée automatiquement

|  |
| --- |
| 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 : | | |

Une image contenant diagramme, ligne, Plan, texte

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.

|  |
| --- |
| Robuste Fragile  Nutrition  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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ROBUSTE 0** | **1** | **2** | **FRAGILE 3** |
| **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** | | | |