

DONNEES DU PATIENT

NOM d'usage: **DF****NOM de naissance:** **DF****Prénom (de la carte vitale) :** **DF****Date de naissance: JJ MM AAAA :** **DF**

-

Département de naissance (sur carte vitale) **DF****Code de la commune de naissance** **DF****Sexe M F** **DF****Nouveau patient**

	Oui	NON	Si NON année de la 1 ^o cs dans le centre :
--	-----	-----	---

*(Non obligatoire à remplir uniquement par les utilisateurs de Calliope pour envoyer le CIMA)***Patient envoyé par :** **DF**

	Médecin généraliste	Neurologue
	Psychiatre	Gériatre
	Autre spécialiste	Direct
	Maison de retraite / EHPAD	CM
	CMRR	Service d'hospitalisation
	Urgences médicales	Services sociaux (caisse de retraite CCAS)
	CLIC	MAIA

Caractéristiques de l'accompagnant **DR**

	Conjoint	Enfant
	Bel enfant	Petits-enfants
	Neveu - Nièce	Frère - Soeur
	Curateur	Autres
	Aucun accompagnant	Sans informations ou non renseigné

Mode de vie actuel **DR**

	A domicile seul sans famille à côté	A domicile seul avec famille à côté
	A domicile avec conjoint	A domicile dans sa famille
	A domicile SAI (sans autres indications)	Dans une famille d'accueil
	En foyer logement	Hospitalisation (court séjour, SSR, USLD)
	En maison de retraite médicalisée	En EHPAD
	En établissement psychiatrique	Autre

Situation géographique des patients par rapport à la localisation du centre DR

	Dans une ville du CMRR ou du CM (à moins de 50 km)		A plus de 50 km du CMRR ou de la CM
	A l'extérieur de la région		Dans un autre pays

Niveau d'étude DF

	Aucune scolarisation		Primaire (certificat d'étude)
	Secondaire (collège - CAP- brevet)		Secondaire (BEP - lycée – baccalauréat)
	Supérieur		Non renseigné

Profession – dernier métier exercé DF

	agriculteur		Artisan
	Commerçant et chef d'entreprise		Cadre, profession intellectuelles supérieure
	Professions intermédiaires		Employé
	Ouvrier		Femme au foyer
	Autres		En EHPAD
	En établissement psychiatrique		Sans informations ou non renseigné

A.P.A DR

	OUI		NON		Sans information
--	------------	--	------------	--	-------------------------

A.L.D DR

	OUI		NON		Sans information
--	------------	--	------------	--	-------------------------

Mesure de protection DR

	Sans		Tutelle		Curatelle		Sans Information
--	-------------	--	----------------	--	------------------	--	-------------------------

Diagnostic N1 DR

Choisir une des formulations suivantes

	Le patient à une Démence		Le patient a des troubles cognitifs sans démence		Autre cas
--	-----------------------------	--	---	--	-----------

Année de la première consultation : DF**Diagnostic N2 DR****Liste diagnostics Fédération des CM2R**

	Plainte mnésique		
	MCI amnésique		MCI autres
	Maladie d'Alzheimer		Démence mixte
	Démence vasculaire		Autre démence vasculaire
	Démence de la maladie de Parkinson		Démence à corps de Lewy
	Démence Frontotemporale (DFT-vf)		Démence Sémantique (et autres DFT-vt)
	Aphasie Progressive Primaire		Atrophie corticale postérieure

DF= données fixes DR = données ré actualisables. **Surligné en jaune** les modifications de la révision 3

	Paralysie. Supra nucléaire Progressive		Dégénérescence Cortico Basale
	Maladie de Huntington		Maladie de Creutzfeldt Jakob
	Hydrocéphalie à pression normale		Encéphalite Limbique
	Démence du VIH		Démences non classées ailleurs
			F0.3
	Troubles anxieux (incluant l'ensemble des troubles anxieux dont les TOC)		Trouble dépressif isolé
	Trouble dépressif récurrent et troubles affectif bipolaires		Trouble anxieux - dépressif
	Troubles psychotiques		Etat de stress post traumatique
	Autres troubles psychiatriques (amnésie psychogène, simulateur...)		Autres troubles neurologiques (tumeur, post chirurgicaux, anévrismes)
	Lésion vasculaire (AVC)		Traumatisme crânien
	Épilepsie		SEP
	Maladie de Parkinson		Trouble organique cérébral directement lié à une pathologie (ex: Carences Métabolique – endocrinienne, hépatique, respiratoire, SAS, rénale, Inflammatoire, cancéreuse)
	Trouble organique cérébral directement lié à l'utilisation d'alcool ou autres toxiques		Iatrogénie
	Diagnostic en attente		

DONNEES LIEES A L'ACTE

Date de l'acte : / /

Type d'acte

DR

	Consultation unique		Consultation multidisciplinaire
	Consultation avec annonce diagnostic		Intervention infirmière
	Consultation multidisciplinaire		Intervention assistante sociale
	Consultation avec bilan neuropsychologique		Intervention psychologue
	Bilan neuropsychologique		Intervention orthophoniste
	Bilan neuropsychologique demandé par un spécialiste libéral de ville (révision 3 du 1 février 2012)		Groupe de patient (GP)
	Hôpital de jour bilan		Groupe de famille (GF)
	Hôpital de jour SSR		

Bilan neuropsychologique demandé par un spécialiste libéral de ville

L'acte est réalisé dans le cadre de la mission de recours (pour CMRR uniquement)

	Oui		Non
--	-----	--	-----

Si oui Pourquoi ?

DR

	diagnostic difficile		suivi
	plateau technique		spécialité de l'expertise

L'acte en cours est réalisé dans le cadre d'un protocole de recherche:

DR

	Oui		Non
--	-----	--	-----

Si oui Type de protocole de recherche

DR

DF= données fixes DR = données ré actualisables. **Surligné en jaune** les modifications de la révision 3

	étude clinique non thérapeutique		Essai médicamenteux
	Essai non médicamenteux		Essai médicamenteux & non médicamenteux

Si oui de protocole de visite

DR

	Screening		Inclusion		visite de suivi
--	-----------	--	-----------	--	-----------------

Examens dont les résultats ont été consultés le jour de l'acte (choix multiples possible)

DR

	Aucun résultat au moment de l'acte		résultat de IRM
	résultat du Scanner		résultat du SPECT
	résultat du PET		résultat des Bio marqueurs

Mini Mental Test: /30

DR

IADL: Score détection / 4

DR

Traitements pharmacologiques (choix multiples possible)

DR

	Aucun traitement pharmacologique		Aucun des traitements dans la liste
	Anti démentiel (entourez - choix multiples possibles) Aricept / Exelon / Reminyl / Ebixa		
	Antidépresseurs		Neuroleptiques et antipsychotiques
	Anxiolytiques		Hypnotiques
	Nootropes		Autres traitements chroniques (entourez - choix multiples possibles) Antihypertenseur/ statine/ anti coagulant / anti agrégant / antidiabétique / autre

Effet indésirable grave

DR

	Oui		Oui sans rapport avec le traitement		Non
--	-----	--	-------------------------------------	--	-----

Traitements non pharmacologiques (choix multiples possible)

DR

	Aucune prise en charge		Orthophoniste
	Psychologue		Kinésithérapeute
	Ergothérapeute		Plusieurs intervenants (groupe)
	Accueil de jour		MAIA
	CLIC		Plateforme de répit
	SIAD		Autres prise en charge

Type de fin de suivi

DR

	Suivi en cours		
	Déménagement		Entrée en institution
	Suivi par médecin traitant		Suivi par un autre centre du corps
	Décès		Choix du patient
	Sans informations		

Etat du suivi : (si choix différent que en cours)

Date d'entrée en institution, si entrée :

JJMMAA (1 champ à 6 chiffres)

Date de décès, si décès :

JJMMAA (1 champ à 6 chiffres)