

Mesure 34**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 -O-

Nouveau patient

<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	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 -O-**

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

Mode de vie actuel **DR -O-**

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

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

<input type="checkbox"/>	Dans une ville du CMRR ou du CM (à moins de 50 km)	<input type="checkbox"/>	A plus de 50 km du CMRR ou de la CM
<input type="checkbox"/>	A l'extérieur de la région	<input type="checkbox"/>	Dans un autre pays

Niveau d'étude **DF -O-**

<input type="checkbox"/>	Aucune scolarisation	<input type="checkbox"/>	Primaire (certificat d'étude)
<input type="checkbox"/>	Secondaire (collège - CAP- brevet)	<input type="checkbox"/>	Secondaire (BEP - lycée - baccalauréat)
<input type="checkbox"/>	Supérieur	<input type="checkbox"/>	Non renseigné

A.P.A**DR -O-**

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	Sans information
--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------------------

A.L.D**DR -O-**

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	Sans information
--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------------------

Mesure de protection**DR -O-**

<input type="checkbox"/>	Sans	<input type="checkbox"/>	Tutelle	<input type="checkbox"/>	Curatelle	<input type="checkbox"/>	Sans Information
--------------------------	-------------	--------------------------	----------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------

Diagnostic N1**DR -O-**

Choisir une des formulations suivantes

<input type="checkbox"/>	Le patient à une Démence	<input type="checkbox"/>	Le patient a des troubles cognitifs sans démence	<input type="checkbox"/>	Autre cas
--------------------------	-----------------------------	--------------------------	---	--------------------------	-----------

Si le patient à une démence indiquer l'année du premier diagnostic : -----

Diagnostic N2**DR -O-****Liste diagnostics Fédération des CM2R**

<input type="checkbox"/>	Plainte mnésique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MCI autres
<input type="checkbox"/>	MCI amnésique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Démence mixte
<input type="checkbox"/>	Démence vasculaire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Autre démence vasculaire
<input type="checkbox"/>	Démence de la maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Démence à corps de Lewy
<input type="checkbox"/>	Démence Frontotemporale (DFT-vf)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Démence Sémantique (et autres DFT-vt)
<input type="checkbox"/>	Aphasie Progressive Primaire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Atrophie corticale postérieure
<input type="checkbox"/>	Paralysie. Supra nucléaire Progressive	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Dégénérescence Cortico Basale
<input type="checkbox"/>	Maladie de Huntington	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Maladie de Creutzfeldt Jakob
<input type="checkbox"/>	Hydrocéphalie à pression normale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Encéphalite Limbique
<input type="checkbox"/>	Démence du VIH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Démences non classées ailleurs
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	F0.3
<input type="checkbox"/>	Troubles anxieux (incluant l'ensemble des troubles anxieux dont les TOC)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Trouble dépressif isolé
<input type="checkbox"/>	Trouble dépressif récurrent et troubles affectif bipolaires	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Trouble anxieux - dépressif
<input type="checkbox"/>	Troubles psychotiques	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Etat de stress post traumatique
<input type="checkbox"/>	Autres troubles psychiatriques (amnésie psychogène, simulateur...)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Autres troubles neurologiques (tumeur, post chirurgicaux, anévrysmes)
<input type="checkbox"/>	Lésion vasculaire (AVC)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Traumatisme crânien
<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	SEP
<input type="checkbox"/>	Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Trouble organique cérébral directement lié à une pathologie (ex: Carences Métabolique – endocrinienne, hépatique, respiratoire, SAS, rénale, Inflammatoire, cancéreuse)
<input type="checkbox"/>	Trouble organique cérébral directement lié à l'utilisation d'alcool ou autres toxiques	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Iatrogénie
<input type="checkbox"/>	Diagnostic en attente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Traitements pharmacologiques (choix multiples possible)**DR -O-**

	Aucun traitement pharmacologique		Aucun des traitements dans la liste
	Antidémantiel (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 / autres

Effet indésirable grave**DR -O-**

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

Interventions psycho sociales et de réhabilitations(choix multiples possible) **DR -O-**

	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 -O-**

	Suivi en cours		
	Déménagement		Entrée en institution
	Suivi par médecin traitant		Suivi par un autre centre du corpus
	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)