

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_

**Consignes d'administration pour le proche aidant (ou le patient) :**

Veillez indiquer les changements que vous constatez en encerclant la réponse appropriée.

**Attention :** Rappelez-vous que « Oui, un changement » indique qu'il y a eu, au cours des dernières années, un changement causé par des problèmes cognitifs, touchant la pensée ou la mémoire, et non causé par des problèmes physiques.

Avez-vous remarqué, au cours des dernières années, une des caractéristiques suivantes :	Oui, un changement	Non, aucun changement	Ne sais pas
1. Problèmes de jugement (p. ex. difficulté à prendre des décisions, mauvaises décisions financières, trouble de la pensée)	1	0	0
2. Moins d'intérêt pour ses loisirs	1	0	0
3. Se répète souvent (questions, histoires ou déclarations)	1	0	0
4. Difficulté à apprendre comment utiliser un nouvel appareil (p. ex. micro-ondes, ordinateur, magnéto-copie)	1	0	0
5. Oubli du mois/année	1	0	0
6. Difficulté à gérer ses finances (p. ex. impôts, payer les comptes, vérifier les relevés de comptes bancaires)	1	0	0
7. Difficulté à se souvenir de ses rendez-vous	1	0	0
8. Problèmes quotidiens avec sa mémoire/raisonnement	1	0	0

**Score total : somme des questions auxquelles il a été répondu « Oui, un changement » \_\_\_\_\_**