

# QUESTIONNAIRE POUR LE DEPISTAGE D'UNE MALADIE D'ALZHEIMER CHEZ LES PERSONNES AVEC UN DEFICIT INTELLECTUEL (DSQIID)

## INFORMATIONS RELATIVES A LA PERSONNE REMPLISSANT LE QUESTIONNAIRE

Nom, Prénom:

Adresse:

Date de naissance:

Lien avec la personne:

## INFORMATIONS RELATIVES A LA PERSONNE

Nom, Prénom:

Date de naissance:

Date à laquelle le questionnaire est rempli:

Sexe: Féminin  Masculin

### Déficit sensoriel:

- Aucun
- Problème de vue/ aveugle
- Problème d'audition / Surdité
- Autres, préciser

---

---

---

### Antécédents médicaux particuliers

- Aucun
- Présent –Préciser

---

---

---

---

### Antécédents psychiatriques

- Aucun
- Présent –Préciser

---

---

---

---

### Traitement habituel

---

---

---

---

## PARTIE 1

Cocher la case correspondant au meilleur niveau d'habileté que la personne **a** ou **a eu** pour les domaines suivants

### LANGAGE

- Langage fluent et intelligible
- Courtes phrases
- Prononce seulement quelques mots
- Parle peu mais se sert beaucoup de signes pour communiquer
- Ne parle pas et ne se sert pas de signes pour communiquer

### CAPACITES AU QUOTIDIEN (Toilette, habillage, manger)

- Peut vivre de façon indépendante avec peu d'aide
- Peut vivre de façon indépendante avec beaucoup d'aide
- Ne peut pas vivre de façon indépendante mais a besoin de peu d'aide
- Ne peut pas vivre de façon indépendante et a besoin de beaucoup d'aide

### MODE DE VIE HABITUEL

- Seul
- Avec des proches
- Maison en collectivité avec supervision extérieure ponctuelle
- Maison en collectivité avec supervision permanente
- Structure médicalisée avec personnel soignant

### EVENEMENTS IMPORTANTS DE LA VIE SURVENUS AU COURS DE LA DERNIERE ANNEE

Oui Non

- Changements dans le ménage, au travail ou au programme de jour
- Changements au niveau du personnel proche de la personne
- Nouveau compagnon de chambre/colocataire
- Maladie ou déficience attribuable à un accident
- Effet indésirable d'un médicament ou surmédication
- Conflits interpersonnels
- Victimisation/violence
- Autre :

### AUTRES INFORMATIONS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## PARTIE 2

Cocher les cases appropriées :

**Exemple:** A la question 1 : Ne peut faire sa toilette sans aide

Cocher  "A toujours été le cas" si la personne a toujours eu besoin d'aide pour faire sa toilette

Cocher  "A toujours été le cas mais moins bien" si la personne a toujours eu besoin d'aide pour la toilette mais qu'elle y arrive moins bien qu'avant

Cocher  "Nouveau symptôme" si la personne était capable de faire sa toilette seule mais qu'elle ne l'est plus

Cocher  "Non applicable" si la personne n'a jamais eu besoin d'aide pour faire sa toilette seul

	A toujours été le cas	A toujours été le cas mais moins bien qu'avant	Nouveau symptôme	Non applicable
1) Ne peut se laver sans aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ne peut s'habiller sans aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ne s'habille pas correctement (vêtements mis à l'envers, pas entièrement...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Se dévêt de façon inappropriée (en public par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) A besoin d'aide pour manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) A besoin d'aide dans la salle de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Incontinence (même occasionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) N'initie jamais une conversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Cherche ses mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ne peut suivre une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ne peut suivre plus d'une consigne à la fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) S'arrête en plein milieu d'une tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Ne peut lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Ne peut écrire (y compris son nom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Changement dans le sommeil (dort plus / moins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Réveils nocturnes fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Confusion nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Siestes diurnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) Déambulation nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Ne se repère pas dans des endroits familiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Pas de repères temporels (Heure, jour de la semaine, saison)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Pas à l'aise pour marcher sur une ligne sur le sol ou sur un sol avec une surface inégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Marche instable, pertes d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Ne marche pas sans aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Ne reconnaît pas des personnes de l'entourage proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Ne se rappelle pas des noms de son entourage proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Oubli d' évènements récents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Reste en retrait des autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Reste en retrait des activités sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Pas d'intérêt pour des loisirs ou activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Semble être dans son monde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Comportement obsessionnel ou répétitif (vide sans cesse des placards par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Cache des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Perd des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Range des objets familiers dans un endroit inapproprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Ne sais pas se servir d'objets familiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) Semble ne pas se sentir en sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) Est anxieux ou nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) Semble déprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) Se montre agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) Crise d'épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43) Se parle à lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PARTIE 3

	OUI	NON
44) Diminution des habiletés (pour se brosser les dents par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) S'exprime moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) Semble plus fatigué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47) Semble plus émotif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48) Semble plus ralenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49) Parle plus lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50) Est plus "paresseux"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51) Marche plus lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52) Oublie plus de choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53) Paraît plus confus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Merci d'avoir complété ce questionnaire.**

*Si vous avez d'autres remarques vous pouvez en faire part ci-dessous:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---