



Unités Hospitalisation Personnes Agées

Adresse :  
Centre Hospitalier J P Falret  
375, route de Lacapelle Marival  
46120 LEYME

Tel : 05 65 10 20 00  
Fax : 05 65 10 20 27

Email : [secretariat.geronto@icm46.org](mailto:secretariat.geronto@icm46.org)

# FICHE DE PRE-ADMISSION HOSPITALISATION PERSONNES AGEES

UCC / UGPG

**Doit obligatoirement être accompagné d'un NPI**

<b>IDENTIFICATION PATIENT</b>
<i>Étiquette patient</i>
si non (Écrire en majuscules)
Nom usuel : .....
Nom de naissance : .....
Prénom(s) : .....
Sexe : M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/>
Date de naissance : ...../...../.....
Lieu de naissance : .....

Médecin traitant :

Tél :

Demandeur de l'hospitalisation :

Description de la situation clinique :

.....  
.....  
.....

Interlocuteur familial ou proche principal ou personne de confiance (plusieurs réponses possibles) :

.....  
.....

Mesure de protection juridique :    oui     non     ne sait pas

Si oui : nature de la mesure, nom et coordonnées du représentant légal :

.....  
.....

Situation familiale :    Marié(e)     Célibataire     Veuf (ve)     Divorcé(e)

Histoire de vie / Organisation familiale :

.....  
.....  
.....

Circuit de la fiche de pré-admission

<input type="checkbox"/> <b>VENU</b>	<input type="checkbox"/> <b>PAS VENU</b>
<input type="checkbox"/> Si fiche avec informations de santé : à verser au DPP	<input type="checkbox"/> Si dossier patient inexistant : fiche à détruire <input type="checkbox"/> Si dossier patient existant : à verser au DPP



México-chirurgicaux : (Si possible, joindre copie des derniers bilans biologiques et compte-rendu scanner cérébral) .....

Troubles démentiels et psychiatriques : (Si diagnostic établi : depuis quand, avec quel suivi, et par quel professionnel ?) .....

**Traitement en cours :**

**Troubles cognitifs :** oui  non

Précisez :

**Troubles du comportement :** oui  non

Précisez :

**Troubles du sommeil :** oui  non

**Autonomie :**

	Fait	Fait partiellement	Ne fait pas
Toilette			
Habillage			
Alimentation			
Déplacements			
Elimination			

**Facteurs de fragilité :**

	Non	Parfois	Oui
Chutes			
Dénutrition			
Troubles de la déglutition			

**Synthèse de la demande :** .....

Demande complétée le

Par

<input type="checkbox"/> VENU <input type="checkbox"/> Si fiche avec informations de santé : à verser au DPP	<input type="checkbox"/> PAS VENU <input type="checkbox"/> Si dossier patient inexistant : fiche à détruire <input type="checkbox"/> Si dossier patient existant : à verser au DPP
---	--

# INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE

## Version pour Equipe Soignante

### NPI-ES

#### Instructions

#### BUT

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

#### L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants:

##### Le but de l'interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres période bien définis (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par "oui" ou "non".

##### Il est important de:

- Déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement; quel est son rôle auprès du patient; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux question du NPI-ES?

- Recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient

#### QUESTIONS DE SELECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez "NON" et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer "OUI" et poser les sous questions.

#### SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est "OUI", il faut alors poser les sous questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu

“ OUI ” à la question de sélection. S’il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse “ OUI ” de départ est une erreur, et qu’aucune réponse aux sous questions ne confirme l’existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en “ NON ”.

### NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté “ NA ” (Non Applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n’est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter “ NA ”.

### FREQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

“ Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous questions). Diriez-vous qu’ils se produisent moins d’une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? ”.

1. **Quelquefois** : moins d’une fois par semaine
2. **Assez souvent** : environ une fois par semaine
3. **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

### GRAVITE

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

“Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement. A quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient? Diriez-vous qu’ils sont légers, moyens ou importants? ”.

1. **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
2. **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l’intervention du soignant
3. **Important** : changements très perturbants et insensibles à l’intervention du soignant

*Le score du domaine est déterminé comme suit :*

**score du domaine = fréquence x gravité**

## RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au :

retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

Pour se faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points:

0. pas du tout
1. perturbation minimum:  
presque aucun changement dans les activités de routine.
2. Légèrement:  
quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
3. Modérément:  
désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
4. assez sévèrement:  
désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5. très sévèrement ou extrêmement:  
très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

*Pour chaque domaine, il y a donc 4 scores possibles :  
Fréquence, Gravité, (fréquence x gravité), Retentissement sur les activités professionnelles.*

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

## INTERPRETATION DES RESULTATS

En recherche clinique il existe plusieurs scores (cut off) possible.

En pratique clinique les éléments les plus pertinents à retenir sont :

- le score fréquence x Gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique)

## REFERENCES

Sisco.F., Taurel.M., Lafont.V., Bertogliati.C., Baudu.C., Giordana.J.Y., Braccini.T., Robert.P.H. Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes, L'Année Gerontologique, 14 ; 151-171, 2000

Copyrights : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - C.H.U de NICE.

Email : [massa.i@chu-nice.fr](mailto:massa.i@chu-nice.fr)



**IDENTIFICATION PATIENT**  
*Étiquette patient* si non (Écrire en majuscules)

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Sexe : M  - F

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : .....

**IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL**  
(Écrire en majuscules)

DATE ...../...../.....

Nom et prénom du professionnel : .....

Fonction : .....

Nom de l'unité de soins : .....

## INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

**Nom:** ..... **Age:** ..... **Date de l'évaluation:** .....

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 10</b>					[ ]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 12</b>					[ ]	

**IDENTIFICATION PATIENT**

*Étiquette patient* si non (Écrire en majuscules)

Nom usuel : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Sexe : M  - F   
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Lieu de naissance : .....

**A. IDEES DÉLIRANTES**

(NA)

“ Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu’elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ou de l’équipe soignante ne sont pas les personnes qu’ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe? Le patient a-t-il d’autres croyances inhabituelles?

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l’intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/ patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille, de l’équipe soignante ou d’autres personnes ne sont pas ceux qu’ils prétendent être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l’on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Croit-il/elle en d’autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Commentaires :*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes

**FREQUENCE**

<b>Quelquefois</b> : moins d’une fois par semaine	<b>1</b>
<b>Assez souvent</b> : environ une fois par semaine	<b>2</b>
<b>Fréquemment</b> : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<b>3</b>
<b>Très fréquemment</b> : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<b>4</b>

**GRAVITE**

**Léger**: les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. **1**

**Moyen**: les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. **2**

**Important**: les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement **3**

**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

<b>Pas du tout</b>	<b>0</b>	<b>Modérément</b>	<b>3</b>
<b>Minimum</b>	<b>1</b>	<b>Sévèrement</b>	<b>4</b>
<b>Légèrement</b>	<b>2</b>	<b>Très sévèrement, extrêmement</b>	<b>5</b>

IDENTIFICATION PATIENT	
<i>Étiquette patient</i> si non (Écrire en majuscules)	
Nom usuel :	.....
Nom de naissance :	.....
Prénom(s) :	.....
Sexe : M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	...../...../.....
Lieu de naissance :	.....

## B. HALLUCINATIONS

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? A-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n’existent pas ? ” (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s’il s’agit bien d’une hallucination). Le patient s’adresse-t-il à des personnes qui ne sont pas là ?

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s’il/elle entendait des voix ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s’il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes des animaux des lumières, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle ou se comporte-t-il comme si il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d’autres sensations inhabituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Commentaires :*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations

### FREQUENCE

<b>Quelquefois</b> : moins d’une fois par semaine	1
<b>Assez souvent</b> : environ une fois par semaine	2
<b>Fréquemment</b> : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
<b>Très fréquemment</b> : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

### GRAVITE

<b>Léger</b> : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	1
<b>Moyen</b> : les hallucinations sont éprouvantes et stessantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges.	2
<b>Important</b> : les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l’administration d’un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser)	3

### RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

<b>Pas du tout</b>	0	<b>Modérément</b>	3
<b>Minimum</b>	1	<b>Sévèrement</b>	4
<b>Légèrement</b>	2	<b>Très sévèrement, extrêmement</b>	5



IDENTIFICATION PATIENT	
<i>Étiquette patient</i> si non (Écrire en majuscules)	
Nom usuel :	.....
Nom de naissance :	.....
Prénom(s) :	.....
Sexe : M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	...../...../.....
Lieu de naissance :	.....

### C. AGITATION / AGRESSIVITÉ

(NA)

“ Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle bruyant et refuse-t-il/elle de coopérer? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres?”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation

#### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

#### GRAVITE

<b>Léger:</b> ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant.	1
<b>Moyen:</b> ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler.	2
<b>Important:</b> l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire.	3

#### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5



**IDENTIFICATION PATIENT**

*Étiquette patient* si non (Écrire en majuscules)

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Sexe : M  - F

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : .....

## D. DEPRESSION / DYSPHORIE

(NA)

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu’il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?”

**NON** Passez à la section suivante      **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu’il/elle est déprimée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu’il/elle a l’impression d’être un(e) raté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu’il/elle est quelqu’un de mauvais ou qu’il/elle mérite d’être puni(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu’il/elle n’a pas d’avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d’autres signes de dépression ou de tristesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Commentaires :*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif

### FREQUENCE

<b>Quelquefois</b> : moins d’une fois par semaine	1
<b>Assez souvent</b> : environ une fois par semaine	2
<b>Fréquemment</b> : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
<b>Très fréquemment</b> : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

### GRAVITE

<b>Léger</b> : l’état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l’atténuer par l’intervention du soignant.	1
<b>Moyen</b> : l’état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager.	2
<b>Important</b> : l’état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager.	3

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

<b>Pas du tout</b>	0	<b>Modérément</b>	3
<b>Minimum</b>	1	<b>Sévèrement</b>	4
<b>Légèrement</b>	2	<b>Très sévèrement, extrêmement</b>	5

IDENTIFICATION PATIENT	
<i>Étiquette patient</i> si non (Écrire en majuscules)	
Nom usuel :	.....
Nom de naissance :	.....
Prénom(s) :	.....
Sexe :	M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	...../...../.....
Lieu de naissance :	.....

## E. ANXIETE

(NA)

“ Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapables de se détendre ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ? ”

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Y a t il des période pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le coeur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

### GRAVITE

Léger: l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant.	1
Moyen: l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la et difficile à soulager.	2
Important: l'état d'anxiété est très stressant et perturbant et difficile voire impossible à soulager.	3

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

**IDENTIFICATION PATIENT**

*Étiquette patient* si non (Écrire en majuscules)

Nom usuel : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Sexe : M  - F   
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Lieu de naissance : .....

**F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE**

(NA)

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres? ”

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur / euphorie

**FREQUENCE**

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

**GRAVITE**

Léger: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse.	1
Moyen: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse et cela provoque des comportements étranges quelquefois.	2
Important: Le patient/la patiente semble presque toujours trop heureuse et pratiquement tout l'amuse.	3

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèremen	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

**IDENTIFICATION PATIENT**  
*Étiquette patient* si non (Écrire en majuscules)

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Sexe : M  - F

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : .....



**G. APATHIE / INDIFFERENCE**

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l’entoure ? N’a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d’engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe?

**NON**    Passez à la section suivante    **OUI**    Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l’intérêt pour le monde qui l’entoure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation? (ne coter que si la conversation est possible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s’attendre (joie lors de la visite d’un ami ou d’un membre de la famille, intérêt pour l’actualité ou le sport, etc) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d’intérêt habituels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d’autres signes indiquant qu’ aucune activité nouvelle ne l’intéresse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie / indifférence.

**FREQUENCE**

Quelquefois : moins d’une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

**GRAVITE**

<b>Léger:</b> Le patient/la patiente manifeste parfois une perte d’intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités.	1
<b>Moyen:</b> Le patient/la patiente manifeste une perte d’intérêt pour les choses qui ne s’atténue qu’à l’occasion d’événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.	2
<b>Important:</b> Le patient/la patiente manifeste une complète perte d’intérêt et de motivation.	3

**RETENTISSEMENT:**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?			
Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

IDENTIFICATION PATIENT

Étiquette patient si non (Écrire en majuscules)

Nom usuel : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Sexe : M  - F   
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Lieu de naissance : .....



R2-FR-245-b  
 01/10/20024

**H. DESINHIBITION**

(NA)

“ Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres ? ”

**NON** Passez à la section suivante      **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente caresse, touche ou étroit-il/elle les gens d'une façon désadaptée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition

**FREQUENCE**

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

**GRAVITE**

Léger: Le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier.	1
Moyen: Le patient/la patiente est très impulsif et son comportement est difficile à modifier.	2
Important: Le patient/la patiente est toujours impulsif et son comportement est à peu près impossible à modifier.	3

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5



IDENTIFICATION PATIENT	
<i>Étiquette patient</i> si non (Écrire en majuscules)	
Nom usuel :	.....
Nom de naissance :	.....
Prénom(s) :	.....
Sexe : M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	...../...../.....
Lieu de naissance :	.....

## I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

(NA)

“ Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé? Est-il/elle d'humeur très changeante? Se montre-t-il/elle extrêmement impatient(e)? ”

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle “ sort de ses gonds ” facilement pour des petits riens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité / instabilité de l'humeur

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

### GRAVITE

Léger : Le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier.	1
Moyen : Le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier.	2
Important : Le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier.	3

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

IDENTIFICATION PATIENT	
<i>Étiquette patient</i> si non (Écrire en majuscules)	
Nom usuel :	.....
Nom de naissance :	.....
Prénom(s) :	.....
Sexe : M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	...../...../.....
Lieu de naissance :	.....

## J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

“Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu’il reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)”

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente n’arrête-t-il/elle pas de mettre et d’enlever ses vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme boutonner et déboutonner, tripoter, envelopper, changer les draps, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Y-a-t-il d’autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Commentaires:*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d’une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

### GRAVITE

<b>Léger:</b> Le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n’entrave pas les activités quotidiennes.	1
<b>Moyen:</b> les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l’aide du soignant.	2
<b>Important :</b> les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossible à contrôler par le soignant.	3

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5



**IDENTIFICATION PATIENT**

*Étiquette patient* si non (Écrire en majuscules)

Nom usuel : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom(s) : .....  
Sexe : M  - F   
Date de naissance : ...../...../.....  
Lieu de naissance : .....

**K. SOMMEIL**

(NA)

Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistent aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez " NA ".

"Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres?"

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil

**FREQUENCE**

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

**GRAVITE**

Léger : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente.	1
Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents	2
Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient durant la nuit.	3

**RETENTISSEMENT**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

**IDENTIFICATION PATIENT**

*Étiquette patient* si non (Écrire en majuscules)

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Sexe : M  - F

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : .....



**L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT**

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d'appétit, y-a-t-il eu des changements dans son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? ”

**NON** Passez à la section suivante      **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par ex trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger

**FREQUENCE**

“ Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... ”

<b>Quelquefois</b> : moins d'une fois par semaine	1
<b>Assez souvent</b> : environ une fois par semaine	2
<b>Fréquemment</b> : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
<b>Très fréquemment</b> : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

**GRAVITE**

**Léger** : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants. 1

**Moyen** : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids. 2

**Important** : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents, entraînent des fluctuations de poids, sont anormaux et d'une manière générale perturbent le patient. 3

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

<b>Pas du tout</b>	0	<b>Modérément</b>	3
<b>Minimum</b>	1	<b>Sévèrement</b>	4
<b>Légalement</b>	2	<b>Très sévèrement, extrêmement</b>	5

Saisie du score total dans la pancarte DPI  
 Oui       Non