



Evaluation Gériatrique pour les patients atteints de cancer

Identité du patient (étiquette)

Noms des professionnels réalisant l'EG :

IDE :

Assistante sociale :

Diététicienne :

Gérialre :

Autres :

Date de l'EG :

__/__/__

Informations générales sur le patient

Pathologie :

Service demandeur/prescripteur :

Nom du MT :

Traitement déjà effectué :

Traitement envisagé :

Chimiothérapie : protocole Type adjuvant n^{ème} ligne de traitement

Radiothérapie :

Chirurgie :

Autre :

Objectif du traitement : Curatif Stabilisation Palliatif

Grille G8 réalisée : Oui Non

Score G8 : ____/14

Question posée au gérialre :

Evaluation Gériatrique réalisée en présence d'un accompagnant : Oui Non

Nom et Prénom :

Tél :

Lien de parenté :

Nom de la personne de confiance :

Les aspects sociaux

Prise en charge sociale : Oui Non

Si oui préciser :

Revenu : < 1000€ / mois [1000€ et 2000€] / mois > 2000€ / mois

Métiers exercés :

Lieu de vie : EHPAD Domicile Maison de retraite non médicalisée

Distance du lieu de vie au lieu de prise en charge : _____ km

Maison à étage : Oui Non

Ascenseur : Oui Non

Aide : Vit seul : Oui Non

IDE à domicile : Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

Si oui, objectif de l'intervention ?

Aide-soignant à domicile : Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

Aide(s) ménagère (s) : Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

Portage des repas : Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ? matin midi soir

Téléalarme : Oui Non

Existe-il une douche au domicile du patient : Oui Non

Existe-il une baignoire au domicile du patient : Oui Non

Items facultatifs

Existe-il un autre intervenant à domicile ? Oui Non

Si oui, préciser :

Le patient a-t-il un animal de compagnie ? Oui Non

Si oui, préciser :

Quelles sont les activités actuelles du patient ?

Les aidants

Le patient, est-il lui-même l'aidant de quelqu'un : Oui Non

Si oui, préciser :

A/ Aidants naturels du patient :

<u>Nom et Prénom</u>	<u>Lien de parenté</u>	<u>Lieu de vie</u>
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____

<u>Etat de santé des aidants naturels</u>	<u>Relations avec les aidants naturels</u>
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

Items facultatifs

Mini-Zarit de l'aidant naturel principal

Cotation : 0 = jamais ; 1/2 = parfois ; 1 = souvent

Q1 : Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :

- des difficultés dans votre vie familiale ? Score : _____
- des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ? Score : _____
- un retentissement sur votre santé (physique et / ou psychique) ? Score : _____

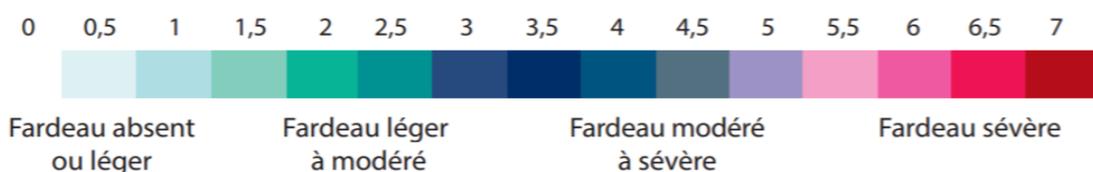
Q2 : Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ? Score : _____

Q3 : Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ? Score : _____

Q4 : Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ? Score : _____

Q5 : Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ? Score : _____

Score total Mini Zarit : ____ / 7



B/ Aidants informels du patient :

<u>Nom et Prénom</u>	<u>Lien de parenté</u>	<u>Lieu de vie</u>
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____

<u>Etat de santé des aidants informels</u>	<u>Relations avec les aidants informels</u>
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

Items facultatifs

Mini-Zarit de l'aidant informel principal

Cotation : 0 = jamais ; 1/2 = parfois ; 1 = souvent

Q1 : Le fait de vous occuper de votre proche entraîne-t-il :

- des difficultés dans votre vie familiale ? Score : _____
- des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ? Score : _____
- un retentissement sur votre santé (physique et / ou psychique) ? Score : _____

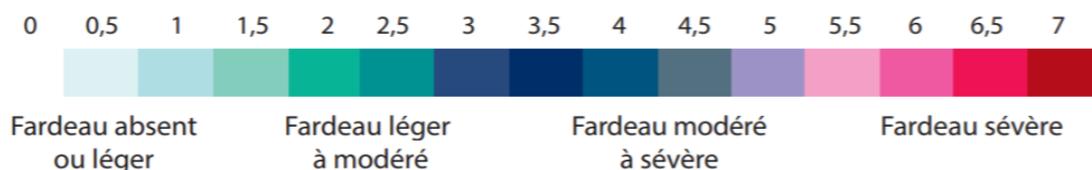
Q2 : Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre proche ? Score : _____

Q3 : Avez-vous peur pour l'avenir de votre proche ? Score : _____

Q4 : Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre proche ? Score : _____

Q5 : Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre proche ? Score : _____

Score total Mini Zarit : ____ / 7



Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non	
Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	
Consomme-t-il : Une fois par jour au moins des produits laitiers ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1 = si 3 oui	
Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui	
Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...) 0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1 = plus de 5 verres	
Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	
Le patient se considère-t-il bien nourri ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition	
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1 = aussi bonne 2 = meilleure	
Circonférence brachiale (CB en cm) 0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1 = CB > 22	
Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	
Score de l'évaluation globale	___/16
Score de dépistage	___/14
Score total	___/ 30

De 24 à 30 points → état nutritionnel normal

De 17 à 23,5 points → risque de malnutrition

Moins de 17 points → mauvais état nutritionnel

Items facultatifs

Enquête alimentaire :

Quelle est la composition habituelle des repas du patient ?

Petit-déjeuner

Déjeuner

Dîner

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Encas entre les repas :

Régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui préciser :

Changement de taille de vêtements dans les 3 derniers mois : Oui Non

EPREUVE DES CAPACITES D'APPRENTISSAGE

A. Test des 3 mots : épreuve de mémorisation

« Je vais vous citer 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai après ».

- Clé
- Citron
- Ballon

B. Test de l'horloge : épreuve d'attention

1. Demander au patient de dessiner un cadran
2. Demandez-lui de positionner les chiffres correspondant aux heures.
3. Demandez-lui ensuite de représenter une heure précise : 10 heures 20 sans préciser qu'il faut dessiner des aiguilles.

➤ **Intégrité du contour de l'horloge** (___/2 points)

- 2 = présente, sans distorsion majeure
- 1 = incomplète ou distorsion mineure
- 0 = absente ou totalement déformée

➤ **Présence et successions des chiffres** (___/4 points)

- 4 = tous présents dans le bon ordre avec le minimum d'erreurs dans la disposition spatiale
- 3 = tous présents, mais erreurs dans la disposition spatiale
- 2 = chiffres manquants ou surajoutés sans distorsion majeure dans la disposition spatiale
ou chiffres placés en sens inverse, chiffres tous présents mais distorsion majeure dans disposition spatiale
- 1 = chiffres manquants ou surajoutés ET distorsion majeure dans la disposition spatiale
- 0 = absence ou faible représentation des chiffres

➤ **Présence et positionnement des aiguilles** (___/4 points)

- 4 = les aiguilles sont bien positionnées et la différence de taille est respectée
- 3 = erreurs mineures dans la position des aiguilles ou pas de différence de taille entre les deux aiguilles
- 2 = erreurs majeures dans la position des aiguilles incluant « 11h moins 10 »
- 1 = seulement une aiguille ou pauvre présentation des deux aiguilles
- 0 = pas d'aiguille ou multiplication du nombre d'aiguilles (persévérations)

Score total : ___/10

Score 8-10 : déclin cognitif peu probable ; Score ≤ 7 : possibilité de déclin cognitif (une évaluation supplémentaire est nécessaire) ou Score simplifié : Score = 2 ou 0 (2 =horloge correct/ 0= incorrect ou non réalisé)

C. Rappel des 3 mots en différé

« Pouvez-vous me dire la liste des 3 mots que vous avez appris tout à l'heure ? »

Score d'apprentissage (1 point par mot correct) : ___/3 pts

Mode d'installation des troubles :

MMSE : Mini Mental Scale Examination

A. Orientation

« Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. »

1. « Quelle est la date complète d'aujourd'hui » (5 pts si la réponse est correcte) ___/5pts
Si réponse incorrecte ou incomplète, posez les questions suivantes (1 pt par bonne réponse)

- a. « En quelle année sommes-nous ? » ___/1pt
- b. « En quelle saison ? » ___/1pt
- c. « En quel mois ? » ___/1pt
- d. « Quel jour du mois ? » ___/1pt
- e. « Quel jour de la semaine ? » ___/1pt

2. « Je vais vous poser maintenant des questions sur l'endroit où nous nous trouvons. »

- a. « Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? » ___/1pt
- b. « Dans quelle ville se trouve-t-il ? » ___/1pt
- c. « Quel est le nom du département dans lequel se situe cette ville ? » ___/1pt
- d. « Dans quelle province ou région est situé ce département ? » ___/1pt
- e. « A quel étage sommes-nous ? » ___/1pt

Score total Orientation : ___/10pts

B. Apprentissage

« Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure. »

Répéter les 3 mots (5 fois maximum pour mémorisation)

Cigare Fleur Porte

Score total Apprentissage : ___/3pts

C. Attention et calcul

1. « Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? »

Réponse : 100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65

2. Si le patient est en difficulté, demandez « Voulez-vous épeler le mot « MONDE » à l'envers ? »

Score total Attention et calcul (1pt par bon calcul ou bonne lettre) : ___/5pts

D. Rappel

« Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? »

Score total Rappel (1 pt par mot correct) : ___/3pts

E. Langage

a. Montrer un crayon : « Quel est le nom de cet objet ? » ___/1pt

b. Montrer une montre : « Quel est le nom de cet objet ? » ___/1pt

c. « Ecoutez bien et répétez après moi : PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » ___/1pt

Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :

d. « Ecoutez-bien et faites ce que je vais vous dire :

e. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite ___/1pt

f. Pliez-la en deux ___/1pt

g. Et jetez-la par terre. » ___/1pt

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères **FERMEZ LES YEUX** :

h. Dire au sujet « Faites ce qui est écrit » ___/1pt

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

i. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez mais une phrase entière » ___/1pt

Score total Langage : _____/8pts

F. Praxies constructives

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : « Voulez-vous recopier ce dessin ? » ___/1pt

SCORE TOTAL MMS : ___/30pts

Items facultatifs

BREF : Batterie Rapide d'Efficiency Frontale

		Cotation
1 – Epreuve des similitudes		
Demander en quoi se ressemblent :	→ 3 réponses correctes	= 3
- Une orange et une banane	→ 2 réponses seulement	= 2
- Une chaise et une table	→ 1 réponse	= 1
- Une tulipe, une rose et une marguerite	→ Aucune réponse	= 0
2 – Epreuve de fluence verbale		
Demander au patient de donner le maximum de mots commençant par la lettre S.	→ Plus de 10 mots	= 3
	→ Entre 5 et 10 mots	= 2
	→ Entre 3 et 5 mots	= 1
	→ Moins de 3 mots	= 0
3 – Comportement de préhension		
L'examineur s'assoit devant le patient dont les mains reposent sur les genoux.	→ Le patient ne saisit pas les mains de l'examineur.	= 3
Il place alors ses mains dans celles du patient afin de voir s'il va les saisir spontanément.	→ Le patient hésite et demande ce qu'il doit faire.	= 2
	→ Le patient prend les mains sans hésitation	= 1
	→ Le patient prend les mains alors que l'examineur lui demande de ne pas le faire.	= 0
4 – Séquences motrices de Luria		
Le patient doit reproduire la séquence « tranche – poing – paume » après que l'examineur la lui ait montré seul 3 fois, et après qu'il l'ait réalisée 3 fois avec l'examineur.	→ Le patient réussit seul 6 séquences consécutives.	= 3
	→ Le patient réussit seul au moins 3 séquences consécutives.	= 2
	→ Le patient ne peut y arriver seul mais réussit correctement avec l'examineur.	= 1
		= 0

	→ Le patient n'est pas capable de réussir 3 séquences correctes même avec l'examineur.	
5 – Epreuve des consignes conflictuelles Demander au patient de taper 1 fois lorsque l'examineur tape 2 fois et viceversa (séquence proposée 1-1-2-1-2-2-2- 1-1-1-2)	→ Aucune erreur → Seulement 1 ou 2 erreurs → Plus de 2 erreurs → Le patient suit le rythme de l'examineur.	= 3 = 2 = 1 = 0
6 – Epreuve de Go–No Go Le patient doit taper 1 fois quand l'examineur tape 1 fois et ne pas taper lorsque l'examineur tape 2 fois (1-1-2-1- 2-2-2-1-1-1-2)	→ Aucune erreur → Seulement 1 ou 2 erreurs → Plus de 2 erreurs → Le patient suit le rythme de l'examineur.	= 3 = 2 = 1 = 0
	Total	

Evaluation de l'autonomie

ADL Index de Katz

Thématiques	Réponses	Scores
Toilette (lavabo, bain, douche)	Besoin d'aucune aide	1
	Besoin d'aide pour une partie du corps	0,5
	Besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
Habillage	Autonome pour le choix et l'habillage	1
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	0,5
	Dépendant(e)	0
Aller aux toilettes	Besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux WC ; canne, fauteuil roulant...ou utilise lui-même le bassin)	1
	Doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	0,5
	Ne peut aller aux toilettes seul(e)	0
Locomotion	Besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur)	1
	Besoin d'une aide	0,5
	Ne quitte pas le lit	0
Contenance	Contrôle complet des urines et des selles	1
	Accidents occasionnels	0,5
	Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente	0
Alimentation	Besoin d'aucune aide	1
	Besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain	0,5
	Besoin d'aide complète ou alimentation artificielle	0
SCORE TOTAL		/6

Aides techniques à la marche :

IADL : Les activités instrumentales de la vie quotidienne

Thématiques	Réponses	Scores
Capacité à utiliser le téléphone	Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les n°	1
	Je compose un petit nombre de numéros bien connus	1
	Je réponds au téléphone mais n'appelle pas	1
	Je suis incapable d'utiliser le téléphone	0
Moyen de transport	Je peux voyager seul et de façon indépendante (par les transports en commun ou avec ma propre voiture)	1
	Je peux me déplacer seul en taxi, pas en autobus	1
	Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné	1
	Transport limité au taxi ou à la voiture en étant accompagné	0
	Je ne me déplace pas du tout	0
Responsabilité pour la prise des médicaments	Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire	1
	Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance	0
	Je suis incapable de les prendre moi-même	0
Capacité à gérer son budget	Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer les factures, etc)	1
	Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à plus long terme (pour planifier les grosses dépenses)	1
	Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour	0
SCORE TOTAL		/4

Evaluation des performances physiques

Le patient a-t-il chuté dans les 3 derniers mois ? Oui Non

Si oui, combien de fois ?

Si oui, s'est-il relevé seul ? Oui Non

Lever 5 fois de la chaise sans s'aider des mains : Oui Non

Timed up and go (TUG) → mesurer le transfert assis/debout, la marche sur 3 mètres et les changements de direction : Fait = 1 Ne fait pas = 0

Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs Score : _____

Traverser la pièce - distance de 3m Score : _____

Faire demi-tour Score : _____

Revenir s'asseoir Score : _____

En plus de 20 sec : Oui Non Temps nécessaire : _____ secondes

Items facultatifs

Test unipodal > 5 secondes : Oui Non

Parcourir 4m en moins de 4s : Oui Non

Evaluation de la thymie

Mini GDS

- Vous sentez-vous souvent découragé(e) triste Oui (1pt) Non (0pt)
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Oui (1pt) Non (0pt)
- Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? Oui (0pt) Non (1pt)
- Avez-vous l'impression que votre vie est désespérée ? Oui (1pt) Non (0pt)

Score total Mini GDS : /4 pts

Si score total \geq à 1 : forte probabilité de dépression

Si score total=0, très forte probabilité d'absence de dépression

Qualité du sommeil : Bonne Moyenne Mauvaise Insomnies

Interrogatoire :

Prise en charge psychologique en cours :

Conclusions

Syndrome dépressif : Oui Non

Syndrome anxieux : Oui Non

Items facultatifs

GDS - Echelle gériatrique de dépression

1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ? Oui (1pt) Non (0pt)
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? Oui (1pt) Non (0pt)
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Oui (1pt) Non (0pt)
4. Vous ennuyez-vous souvent ? Oui (1pt) Non (0pt)
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? Oui (1pt) Non (0pt)
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? Oui (1pt) Non (0pt)
7. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ? Oui (1pt) Non (0pt)
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ? Oui (1pt) Non (0pt)
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ? Oui (1pt) Non (0pt)
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ? Oui (1pt) Non (0pt)
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? Oui (1pt) Non (0pt)
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ? Oui (1pt) Non (0pt)
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ? Oui (1pt) Non (0pt)
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? Oui (1pt) Non (0pt)
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ? Oui (1pt) Non (0pt)

Score total : ____/15 pts

Score 0 à 5 : normal

Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression

Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Evaluation des fonctions sensorielles

Qualité de l'audition : Bonne Moyenne Mauvaise

Port d'appareil auditif : Oui Non

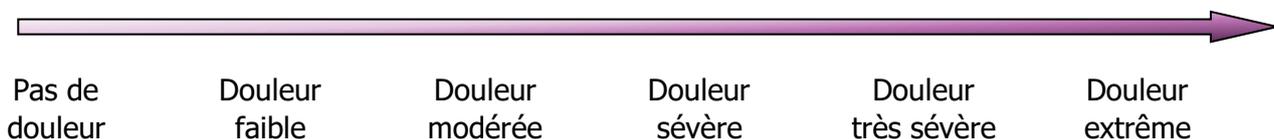
Qualité de la vision : Bonne Moyenne Mauvaise

Port de lunettes : Oui Non

Evaluation de la douleur

Antalgiques en cours :

Echelle verbale de l'évaluation de la douleur :



Localisation de la ou des douleurs :

Autres remarques :

Biologie

Numération formule sanguine

Iono

Clairance de la créatinine

selon Cockcroft

selon MDRD

Urée

Créatinine

Items facultatifs**Coefficient sat transferrine**

Albumine

Thyroïde

Calcémie corrigée

Ferritine

Vitamine D

Pré-albumine

CRP

Bilan hépatique

Santé globale du patient – Examen clinique**Index de morbidité – Charlson ajusté**

Items	Pondération	Score
Tumeurs solides métastatiques	6 points	
SIDA	4 points	
Maladie hépatique modérée ou sévère	4 points	
N'importe quelle tumeur incluant leucémie et lymphome	2 points	
Maladies hépatiques légères	2 points	
Hémiplégie	2 points	
Insuffisance cardiaque congestive	2 points	
Démence	2 points	
Maladies pulmonaires chroniques	1 point	
Maladie rhumatologique	1 point	
Maladies rénales	1 point	
Diabète avec complications chroniques	1 point	
SCORE TOTAL		/24

Antécédents

Médicaux :

Chirurgicaux :

Suivi par d'autres spécialistes :

Allergies :

Prise de médicaments :

Examens cardiologiques : Normaux Anormaux

Tension orthostatique : Normale Anormale

Examen neurologique : Normal Anormal

Examen buccal : Normal Anormal

Items facultatifs

Critères de fragilité selon Fried :

1. « Avez-vous perdu plus de 5kg au cours de l'année précédente ? » Oui Non
2. « Comment qualifieriez-vous votre énergie ? » Faible Moyenne Forte

Une faible énergie définie par un score < 3



3. Force de préhension : Faible Moyenne Forte

(faible force de préhension définie par un résultat < au quintile lors des 3 mesures sur un dynamomètre de type Jamar)

4. Activité physique : Faible Moyenne Forte

(absence d'exercice mis en évidence lors de l'auto-questionnaire validé, le Canadian Study of Health and Aging Risk Factor Questionnaire (RFQ).

5. Vitesse de marche (Timed Up and Go > 20s) : Oui Non

Avis du patient

Perception par le patient de sa qualité de vie actuellement :

Compréhension et connaissance de sa maladie :

Compréhension du projet de soins :

Compréhension des traitements :

Capacité à participer à la décision :

Projet de vie dans son ensemble :

Conclusion de l'évaluation onco-gériatrique

A / Conclusion vis-à-vis de l'évaluation gériatrique :

Patient Vigoureux Patient Fragile Patient Palliatif

	Normal/ Vigoureux	Doute/ Fragile	Anormal/ Palliatif	Actions immédiates (Préconisations ?)	Actions de suivi A prévoir
Sociale					
Environnement					
Nutrition					
Cognition					
Autonomie					
Motricité					
Psychisme					
Douleur					
Biologie					
Risques médicamenteux					

Comorbidité					

Commentaires :

B / Propositions vis-à-vis du projet de soins carcinologiques :