

# ÉVALUATION – OPTI-Q

Le but de cette évaluation est d'établir un bilan à l'aide de questions structurées qui permettent d'établir une liste complète des antécédents médicaux de votre patient-e.

Les observations évoquées lors de cette évaluation serviront de base au médecin généraliste pour établir un plan de soins complet, en tenant compte des objectifs du / de la patient-e figurant dans le passeport de soins.

L'équipe de base choisit ensemble le professionnel de la santé qui effectuera l'évaluation. Idéalement, il devrait s'agir d'une personne qui a également la confiance des patients.

## Comment expliquer l'évaluation au / à la patient-e ?

« Nous allons à présent faire un bilan complet de votre état de santé général et de vos capacités au quotidien, afin d'identifier le plus tôt possible les éventuels problèmes. Pour certaines questions, des réponses prédéfinies sont proposées. Je vais commencer par vous les lire. Ensuite, vous devrez choisir la réponse qui vous semble la plus adaptée. »

### Au sujet du déroulement de l'évaluation :

*Si la réponse du / de la patient-e est grisée, veuillez aussi cocher la case située à droite, car cette réponse devrait faire l'objet d'un examen et d'une clarification par le médecin généraliste.*

(compléter ou coller une étiquette)

Date :	Heure de début :
Nom du / de la patient-e :	
Date de naissance :	
ID du / de la patient-e :	

## 1. A Capacités

Besoin de clarifications

Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à accomplir votre travail quotidien, à la maison et en dehors ?

- Aucune difficulté  
  Un peu de difficultés  
  Quelques difficultés  
  Beaucoup de difficultés  
  Je n'ai rien fait

## 1. B Vue

Avez-vous du mal à déchiffrer les écritures de journal, même avec des lunettes ?

- Oui  
  Non

Avez-vous du mal à reconnaître des personnes qui se trouvent de l'autre côté de la rue, même avec des lunettes ?

- Oui  
  Non

## 1. C Audition

Avez-vous du mal à comprendre les conversations (même avec un appareil auditif, le cas échéant) ?

- Oui  
  Non

## 1. D Chutes

Vous est-il difficile de vous lever du lit / de vous mettre au lit ou de vous relever d'une chaise / de vous asseoir sur une chaise ?

- Oui  
  Non

Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des difficultés à marcher ?

- Oui  
  Non

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait deux chutes ou plus ?

- Oui  
  Non

→ Si le/la patient-e a répondu « Oui » à au moins une des trois questions, il est possible d'effectuer le test « [Timed 'Up and Go'](#) » (page 25).

## 1. E Incontinence urinaire

Besoin de clarifications

**Vous est-il déjà arrivé d'avoir des fuites urinaires lorsque vous tousssez, éternuez, riez ou vous penchez ?**

Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de ne pas arriver aux toilettes à temps ?**

Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

→ Si le patient est de sexe masculin, veuillez aussi poser les questions suivantes :

**Devez-vous forcer pour uriner ?**

Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

**Arrive-t-il parfois que quelques gouttes s'échappent encore alors que vous avez fini d'uriner ?**

Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

## 1. F État dépressif

Points

→ Évaluation : Veuillez inscrire dans la colonne de droite le nombre de points entre parenthèse.

**Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné-e par les problèmes suivants?**

**I Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses**

Jamais (0)  Plusieurs jours (1) .....  
 Plus de la moitié du temps (2)  Presque tous les jours (3)

**II Être triste, déprimé-e ou désespéré-e**

Jamais (0)  Plusieurs jours (1) .....  
 Plus de la moitié du temps (2)  Presque tous les jours (3)

→ Si la réponse à au moins une des deux questions ci-dessus est "plusieurs jours" ou plus, veuillez aussi poser les questions III à IX suivantes:

**III Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop**

Jamais (0)  Plusieurs nuits (1) .....  
 Plus de la moitié du temps (2)  Presque toutes les nuits (3)

**IV Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie**

Jamais (0)  Plusieurs jours (1) .....  
 Plus de la moitié du temps (2)  Presque tous les jours (3)

**V Avoir peu d'appétit ou manger trop**

Jamais (0)  Plusieurs jours (1) .....  
 Plus de la moitié du temps (2)  Presque tous les jours (3)

	Points
<b>VI Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul-le, ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu-e soi-même</b>	
<input type="checkbox"/> Jamais (0) <input type="checkbox"/> Plusieurs jours (1)	.....
<input type="checkbox"/> Plus de la moitié du temps (2) <input type="checkbox"/> Presque tous les jours (3)	
<hr/>	
<b>VII Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision</b>	
<input type="checkbox"/> Jamais (0) <input type="checkbox"/> Plusieurs jours (1)	.....
<input type="checkbox"/> Plus de la moitié du temps (2) <input type="checkbox"/> Presque tous les jours (3)	
<hr/>	
<b>VIII Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité-e que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude</b>	
<input type="checkbox"/> Jamais (0) <input type="checkbox"/> Plusieurs jours (1)	.....
<input type="checkbox"/> Plus de la moitié du temps (2) <input type="checkbox"/> Presque tous les jours (3)	
<hr/>	
<b>IX Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre</b>	
<input type="checkbox"/> Jamais (0) <input type="checkbox"/> Plusieurs jours (1)	.....
<input type="checkbox"/> Plus de la moitié du temps (2) <input type="checkbox"/> Presque tous les jours (3)	

→ **Évaluation :**

**0-4 points: Pas de dépression**

**5 – 9 points : Suspicion de dépression légère**

**10 – 14 points : Suspicion de dépression modérée**

**15 – 27 points : Suspicion de dépression sévère**

**Total des questions  
I – IX:**

Besoin de clarifications

## 1. G Contexte social

**Avez-vous quelqu'un pour s'occuper de vous en cas d'urgence, en cas de chute par exemple ?**

Oui
  Non
  Pas sûr-e

**Avez-vous quelqu'un sur qui compter et à qui vous pouvez faire confiance ?**

Oui
  Non
  Pas sûr-e

## 1. H Test de performance cognitive

→ Remettez au / à la patient-e la feuille avec le cercle déjà dessiné de la page 6.

→ Donnez au / à la patient-e les consignes suivantes :

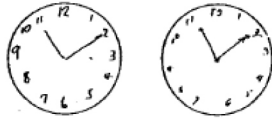
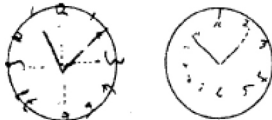

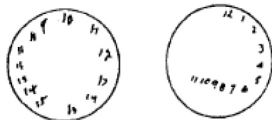
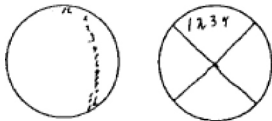
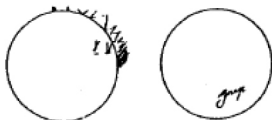
« Imaginons que ce cercle représente le cadran d'une horloge. Je voudrais que vous marquiez sur cette horloge les chiffres/nombres manquants. Ensuite, j'aimerais que vous dessiniez les aiguilles indiquant l'heure **11 h 10** .»

→ Vous pouvez répéter les consignes avant le début du test, mais plus ensuite.

Le / la patient-e refuse

→ Évaluation : Évaluez le dessin réalisé selon les critères (score) ci-dessous.

(1 = pas d'erreur, 6 = horloge non reconnaissable)

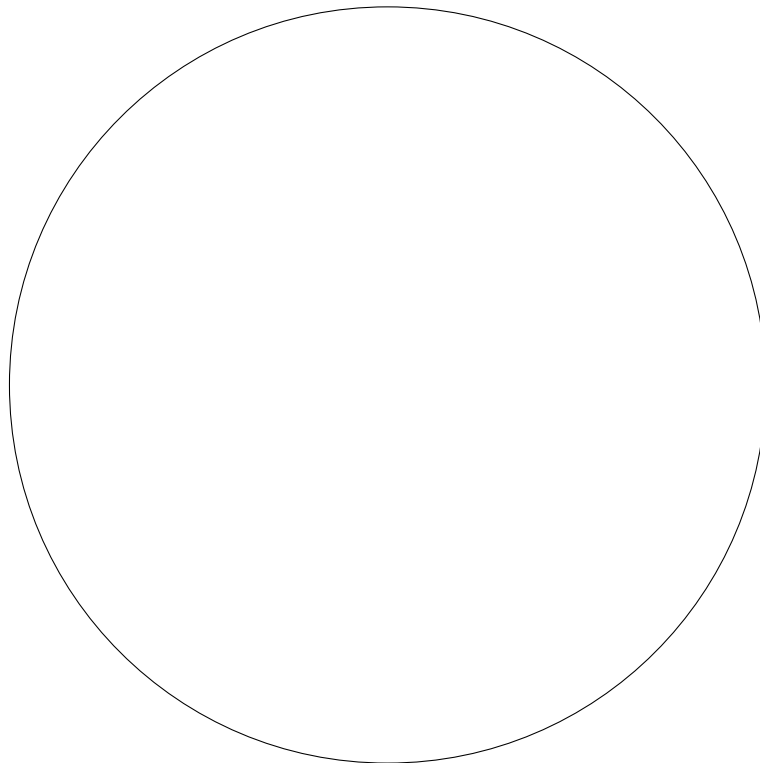
Description	Score	
<p><b>« Parfait »</b></p> <p>→ Chiffres 1 à 12 correctement notés</p> <p>→ Deux aiguilles pointant vers la bonne heure (11 h 10)</p>	1	
<p><b>« Petites erreurs visuo-spatiales »</b></p> <p>→ Écarts irréguliers entre les chiffres</p> <p>→ Chiffres hors du cercle</p> <p>→ La feuille est tournée, les chiffres sont à l'envers</p> <p>→ Le / la patient-e utilise les lignes (« rayons ») pour s'orienter</p>	2	
<p><b>« Heure incorrecte mais bonne représentation visuo-spatiale de l'horloge »</b></p> <p>→ Une seule aiguille</p> <p>→ « onze heures dix » écrit en toutes lettres (ou erreur similaire)</p> <p>→ Pas d'heure marquée</p>	3	
<p><b>« Désorganisation visuo-spatiale moyenne, ne permettant pas de marquer correctement l'heure, avec des espaces intermédiaires irréguliers »</b></p> <p>→ Espaces intermédiaires irréguliers</p> <p>→ Chiffres oubliés</p> <p>→ Persévération : le cercle est répété, chiffres au-delà de 12</p> <p>→ Inversion gauche-droite (chiffres notés dans le sens inverse des aiguilles d'une montre)</p> <p>→ Dysgraphie – représentation illisible des chiffres</p>	4	
<p><b>Désorganisation visuo-spatiale sévère</b></p> <p>→ Mêmes caractéristiques qu'au point (4) mais plus marquées</p>	5	
<p><b>Représentation ne correspondant pas du tout à une horloge (attention : exclure une dépression / un état délirant !)</b></p> <p>→ Aucune tentative de dessiner une horloge, d'une façon ou d'une autre</p> <p>→ Aucune ressemblance, même éloignée, avec une horloge</p> <p>→ Le / la patient-e écrit des mots ou son nom</p>	6	

## 1. H Test de performance cognitive – Annexe

---

→ Cercle pour le test de l'horloge  
À imprimer.

---



→ Évaluation :

Besoin de clarifications

Score

1    2    3    4    5    6

Date :

Nom du/de la patient-e :

Date de naissance :

ID du/de la patient-e :

## 2. Douleur

Besoin de clarifications

Avez-vous ressenti des douleurs au cours des quatre dernières semaines ?

Oui  Non

→ Si la réponse est « Oui », veuillez poser des questions plus détaillées :

Quelle était l'intensité de vos douleurs ?

Légère  Moyenne  Forte

Ces douleurs vous ont-elles gêné-e dans vos activités du quotidien ?

Pas du tout  Un peu  Plutôt, oui  Beaucoup

## 3. Vertiges

Vous arrive-t-il d'avoir des vertiges ?

Non  Parfois  Souvent  (Presque) toujours

→ Si la réponse est « Parfois », « Souvent » ou « (Presque) toujours »,  
veuillez poser les questions suivantes :

Le vertige semble-t-il s'orienter dans une direction précise ou est-il sans direction particulière (« tempête ») ?

Direction précise  Sans direction particulière

Quand avez-vous ressenti ces vertiges pour la première fois ?

Ces vertiges vous ont-ils gêné-e dans vos activités du quotidien ?

Pas du tout  Un peu  Plutôt, oui  Beaucoup

## 4. Perte de poids involontaire

Points

→ **Évaluation : Veuillez inscrire dans la colonne de droite le nombre de points entre parenthèse.**

**Au cours des trois derniers mois, avez-vous mangé moins en raison d'une perte d'appétit, de problèmes digestifs, de difficultés à mâcher ou à avaler ?**

- Forte diminution de la prise d'aliments (0)
- Légère diminution de la prise d'aliments (1)
- Pas de diminution de la prise d'aliments (2)

**Avez-vous perdu du poids sans l'avoir voulu au cours des trois derniers mois ?**

- Perte de poids > 3 kg (0)       Ne sais pas (1)
- Perte de poids de 1 à 3 kg (2)       Pas de perte de poids (3)

**Mobilité – Êtes-vous :**

- Alité-e ou dans un fauteuil (0)
- Capable de vous déplacer chez vous (1)
- Capable de sortir de chez vous (2)

**Avez-vous eu une maladie aiguë ou subi un stress psychologique au cours des trois derniers mois ?**

- Oui (0)       Non (2)

**Souffrez-vous de problèmes de mémoire ou de changements d'humeur ?**

- Problèmes de mémoire ou changements d'humeur sévères (0)
- Problèmes de mémoire ou changements d'humeur légers (1)
- Non (2)

**Indice de masse corporelle (IMC) :**

Poids en ..... kg / (taille en ..... m)<sup>2</sup> = valeur de l'IMC .....

- IMC < 19 (0)       19 ≤ IMC < 21 (1)
- 21 ≤ IMC < 23 (2)       IMC ≥ 23 (3)

→ **Évaluation du test de dépistage :**  
(max. 14 points)

Total:

**12 – 14 points : État nutritionnel normal**

**8 – 11 points : Risque de carences alimentaires**

**0 – 7 points : Carences alimentaires**

Besoin de clarifications

→ **S'il n'y a pas de risque de carences alimentaires, les questions suivantes concernant l'alimentation peuvent être posées. En revanche, s'il y a un risque, les questions suivantes concernant l'alimentation sont superflues et le médecin généraliste doit procéder à des analyses plus poussées, ou bien il faut adresser le/la patient-e à un-e diététicien-ne.**



## 5. Alimentation

Besoin de clarifications

→ Les questions suivantes font référence aux recommandations de la pyramide alimentaire suisse. Les portions qui y sont indiquées concernent des adultes et sont données à titre indicatif. En fonction des besoins énergétiques (qui dépendent de l'âge, du sexe, de la taille, de l'activité physique, etc.), d'une éventuelle maladie ou du type d'alimentation (végétalien, végétarien, etc.) de chacun, il est possible que les portions soient plus ou moins importantes.

Au cours d'une journée normale, quelle quantité d'eau (eau minérale gazeuse ou non, eau du robinet) et de boissons de type thé ou café (infusion, thé noir, thé vert, etc.) buvez-vous ?

- Aucune
  2.5 – 5 dl
  Jusqu'à 1 litre
  1 – 2 litres
  Plus de 2 litres

Combien de portions de fruits (crus, cuits ou sous forme de jus non sucré) mangez-vous / buvez-vous lors d'une journée normale ?

- Aucune
  1 – 2
  Plus de 2

Combien de portions de légumes (crus, cuits ou sous forme de jus non sucré) et de salade mangez-vous / buvez-vous lors d'une journée normale ?

- Aucune
  1 – 2
  Plus de 2

→ Explication : Les 5 portions de fruits, légumes et salade recommandées se répartissent en 2 portions de fruits et 3 portions de légumes / salade. Une portion représente env. 1 poignée. 1 portion de jus correspond à 1 dl, mais en général on boit le contenu d'un verre ce qui représente 2 dl et donc 2 portions.

Combien de portions de lait et de produits laitiers mangez-vous / buvez-vous au cours d'une journée normale ?

- Aucune
  1
  2
  3
  Plus de 3

→ Explication : 1 portion correspond à 2 dl de lait ou 150 – 200 g de yogurt / séré / cottage cheese / autres produits laitiers ou 30 g de fromage à pâte dure / mi-dure ou 60 g de fromage à pâte molle.

Combien de portions de viande / volaille / charcuterie / poisson / œuf / tofu, etc. mangez-vous lors d'une journée normale ?

- Aucune
  1
  2
  3
  Plus de 3

→ Explication : 1 portion correspond à 100 – 120 g de viande / volaille / poisson / tofu / seitan / quorn (poids frais) ou 2 – 3 œufs ou 30 g de fromage à pâte dure / mi-dure ou 60 g de fromage à pâte molle ou 150 – 200 g de séré / cottage cheese.

Souhaitez-vous en savoir plus sur l'alimentation ? Avez-vous besoin de soutien (par ex. conseils en nutrition) ?

- Oui
  Non

→ Le cas échéant, le médecin généraliste peut adresser le / la patient-e à un-e diététicien-ne. Vous pourrez trouver des diététicien-ne-s reconnu-e-s par l'AOS en cliquant sur le lien suivant :

<https://svde-asdd.ch/fr/chercher-un-e-dieteticien-ne/>

## 6. Activités de la vie quotidienne AVQ

Besoin de clarifications

**Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu besoin d'aide pour les activités suivantes :**

- |                                                                                                                             |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle (se laver le visage, se peigner, se raser, se maquiller, se brosser les dents) | <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes                                                |
| <input type="checkbox"/> Prendre un bain/une douche                                                                         | <input type="checkbox"/> Manger                                                             |
| <input type="checkbox"/> S'habiller et se déshabiller                                                                       | <input type="checkbox"/> Faire la cuisine                                                   |
| <input type="checkbox"/> Marcher                                                                                            | <input type="checkbox"/> Faire le ménage                                                    |
| <input type="checkbox"/> Faire les courses                                                                                  | <input type="checkbox"/> Faire la lessive                                                   |
| <input type="checkbox"/> Téléphoner                                                                                         | <input type="checkbox"/> Prendre vos médicaments                                            |
| <input type="checkbox"/> Transport                                                                                          | <input type="checkbox"/> Autres activités de la vie quotidienne:                            |
| <input type="checkbox"/> Finances                                                                                           | .....                                                                                       |
|                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Je n'ai pas besoin d'aide pour mes activités de la vie quotidienne |

→ Veuillez cocher la case relative aux besoins de clarification si une activité de la vie quotidienne nécessitant de l'aide a été mentionnée.

→ Si le/la patient-e a besoin d'aide pour ses activités de la vie quotidienne, veuillez poser des questions plus détaillées :

**Pourquoi avez-vous besoin d'aide pour ces activités de la vie quotidienne?**

---

**Qui vous a soutenu pour accomplir ces tâches jusqu'à présent ?**

---

**Pensez-vous que cette personne est prête à et est capable de vous aider à long terme ou apprécieriez-vous que ce soutien puisse être organisé d'une autre manière ?**

---

**Aimeriez-vous bénéficier de certaines aides ?**

---

## 7. Mobilité et souplesse

→ Les réponses aux questions concernant l'activité physique doivent ensuite être évaluées par le médecin.

**Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous fait de l'exercice physique ?**

..... jours

**Ces jours-là, combien de temps a duré votre activité physique ?**

..... minutes par jour

**De quelle intensité votre activité physique a-t-elle été, en moyenne ?**

- Légère (par ex. marche lente)
- Moyenne (marche rapide)
- Soutenue (jogging lent, natation)
- Très soutenue (course rapide ou montée d'escaliers)
- Aucune activité physique en ce moment

→ Le cas échéant, à titre complémentaire, effectuez le « [Sit-to-Stand-Test](#) » (page 2).

## 8. Comportements de dépendance

Besoin de clarifications

### Alcool

**Avez-vous consommé de la bière, du vin, de l'alcool fort ou un autre type d'alcool au cours des 7 derniers jours ?**

Oui  Non

→ Si la réponse est « Oui », veuillez poser des questions plus détaillées :

**Quelle quantité d'alcool buvez-vous en moyenne par jour ?**

..... unités

*Définition d'une unité : 3 dl de bière, 1 dl de vin, 0,2 dl d'alcool fort*

→ Si le nombre d'unités d'alcool indiqué est  $\geq 2$ , veuillez également poser les questions suivantes :

**Avez-vous déjà pensé que vous devriez boire moins ?**

Oui  Non

**Vous est-il déjà arrivé de vous énerver parce que d'autres personnes vous critiquaient au sujet de votre consommation d'alcool ?**

Oui  Non

**Vous êtes-vous déjà senti-e coupable de boire ?**

Oui  Non

**Vous est-il déjà arrivé de boire de l'alcool dès le matin, pour calmer votre nervosité ou pour faire partir une gueule de bois ?**

Oui  Non

→ Si le/la patient-e répond par l'affirmative à au moins deux questions, il/elle a certainement des problèmes liés à une consommation excessive d'alcool.

### Tabac et substituts du tabac

**Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé du tabac ou des substituts du tabac ?**

Oui  Non

→ Si la réponse est « Oui », veuillez poser des questions plus détaillées :

**Quelle quantité de tabac consommez-vous en moyenne par jour ?**

..... cigarettes (ou autre produit du tabac comme le snus ou la cigarette électronique)

**Aimeriez-vous arrêter de fumer ?**

Oui  Non

**Avez-vous déjà essayé de consommer de la nicotine d'une façon présentant moins de risques** (par ex. patch ou gomme à mâcher à la nicotine) ?

**Comme étape intermédiaire ou pour arrêter de fumer ?**

## Médicaments et autres substances

Points

→ **Évaluation du test de dépistage** : Chaque « Oui » vaut un point

**I Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments et d'autres substances, qui ne vous ont pas été prescrits, c'est-à-dire que l'on ne vous a pas prescrits du tout ou qui vous ont été prescrits mais dont vous prenez une quantité plus importante** (par ex. benzodiazépines et analogues des benzodiazépines [zolpidem et zopiclone], certains analgésiques, des antidépresseurs, des antipsychotiques, de la ritaline, etc.) ?

Oui  Non  Ne sais pas

→ **Si la réponse est « Oui » ou « Ne sais pas », veuillez poser des questions plus détaillées :**

**II Consommez-vous plus d'un médicament / d'une substance à la fois ?**

Oui  Non

**III Est-ce que vous ne pourriez plus arrêter de consommer ces médicaments / substances, même si vous le souhaitez ?**

Oui  Non

**IV Avez-vous déjà connu des épisodes de trous noirs ou de flashbacks en rapport avec votre consommation de médicaments / substances ?**

Oui  Non

**V Vous arrive-t-il de vous sentir mal ou de culpabiliser à cause de votre consommation de médicaments / substances ?**

Oui  Non

**VI Votre conjoint-e ou vos parents / enfants se plaignent-ils parfois de votre consommation de médicaments / substances ?**

Oui  Non

**VII Vous est-il arrivé de négliger votre famille à cause de votre consommation de médicaments / substances ?**

Oui  Non

**VIII Avez-vous déjà commis des actes illégaux pour obtenir des médicaments / des substances ?**

Oui  Non

Points

**IX Avez-vous déjà ressenti des symptômes de manque après avoir arrêté de consommer des médicaments/substances ?**

Oui  Non

.....

**X Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux en rapport avec votre consommation de médicaments/substances (par ex. perte de mémoire, hépatite, convulsions, saignements) ?**

Oui  Non

.....

→ **Évaluation du test de dépistage :**

Chaque « Oui » vaut un point

**Total:**

**0 point : pas de problème**

**1 – 2 points : niveau faible** → surveillance, nouvelle évaluation à une date ultérieure

**3 – 5 points : niveau modéré** → continuer de suivre

**6 – 8 points : niveau élevé** → évaluation intensive

**9 – 10 points : niveau très élevé** → évaluation intensive

Besoin de clarifications

## 9. Sexualité

**A A Est-ce que je peux vous poser quelques questions sur votre sexualité ou préférez-vous en parler avec votre médecin de famille ?**

Oui, c'est ok

Non, je préfère en parler avec mon médecin généraliste

Non, je ne souhaite pas en parler du tout.

→ Si la réponse est « Non », vous pouvez mettre fin à l'enquête.

→ Si la réponse est « Oui », veuillez poser la question suivante :

**B Êtes-vous satisfait-e de votre vie sexuelle ?**

Oui  Non

→ Si la réponse est « Oui », veuillez passer à la question 9.D:

→ Si la réponse est « Non », veuillez poser les questions suivantes :

**C Souhaitez-vous en discuter de façon plus détaillée ?**

Oui  Ne sais pas  Non

**Avec qui voudriez-vous en parler ?**

**D Êtes-vous sexuellement actif-ve?**

Oui  Non (pas à l'heure actuelle)

→ Si la réponse est « Oui », veuillez poser les questions suivantes :

→ Si la réponse est « Non », vous pouvez mettre fin à l'enquête.

Besoin de clarifications

**E Comment vous protégez-vous des maladies sexuellement transmissibles ?**

**F Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible ?**

Oui  Non

→ Si la réponse est « Oui », veuillez poser des questions plus détaillées :

→ Si la réponse est « Non », vous pouvez mettre fin à l'enquête.

**G Laquelle ?**

**H Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement pour de telles maladies ?**

Oui  Non

**Commentaires finaux :**

Heure de fin	Durée :
Nom du / de la professionnel-le :	
Profession (AM, CMA, APN, médecin généraliste, autre) :	

**Sources des questions de l'évaluation :**

Questions du point 1:

*Manageable Geriatric Assessment (MAGIC), adapté par QualiCCare Annual*

*Wellness Visit - Pre-Visit Questionnaire, adapté par QualiCCare*

*Timed up and go - TUG (page 25)*

*Questionnaire PHQ-9*

Questions du point 2:

*Évaluation gériatrique DEGAM, adaptée par QualiCCare*

Questions du point 3:

*QualiCCare*

Questions du point 4:

*Mini Nutritional Assessment (MNA)*

Questions du point 5:

*Test pyramide alimentaire de la Société Suisse de Nutrition, adapté par QualiCCare*

Questions du point 6:

*OPTUM – Health Risk Assessment, adapté par QualiCCare*

Questions du point 7:

*OPTUM – Health Risk Assessment, adapté par QualiCCare*

*Sit-to-Stand-Test (page 2)*

Questions du point 8:

*OPTUM – Health Risk Assessment, adapté par QualiCCare Questionnaire CAGE –*

*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener DAST-10 Drug Abuse Screening Test,*

*adapté par QualiCCare*

Questions du point 9:

*DAM 01/2016 – Die Allgemeinmediziner, adapté par QualiCCare*