



# Notre journal de bord avec la démence

Ce journal a été adapté par et pour un publique francophone

Ceci est votre journal. Utilisez-le comme bon vous semble!



**Pages Bleues:** pour partager de l'information à fin d'établir de bonnes relations.



**Pages Roses:** un endroit où documenter votre parcours et votre bien être.



**Pages Pêches:** pour noter vos réflexions et tenir un carnet intime.



**Pages Vertes:** des ressources pour quand vous vous sentez dépassé

# Bienvenue à votre journal de bord avec la démence.

Ce journal a été créé par des membres de famille de personnes atteintes de démence, des prestataires de soins de santé, des représentants de la Société Alzheimer du Canada et du Centre de recherche SE de SE Health.

Vous pouvez utiliser ce journal avec vos amis, votre famille et vos prestataires de soins de santé pendant que vous vivez ensemble le parcours de la démence. Nous espérons que le journal vous sera utile.

Vous pouvez choisir quelles activités ou pages sont les plus utiles pour vous. Nous vous suggérons de ranger ces papiers dans un classeur.

En cas de perte, veuillez retourner à:

Nom: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# La démence est un parcours



La démence est un terme utilisé pour décrire des symptômes tel que la perte de mémoire, des difficultés à réfléchir et à résoudre des problèmes ou des problèmes liés au langage.

Il existe de nombreux types de démence, les plus courantes dont vous avez peut-être entendu parler sont la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy, la démence du lobe frontotemporal ou la démence mixte.

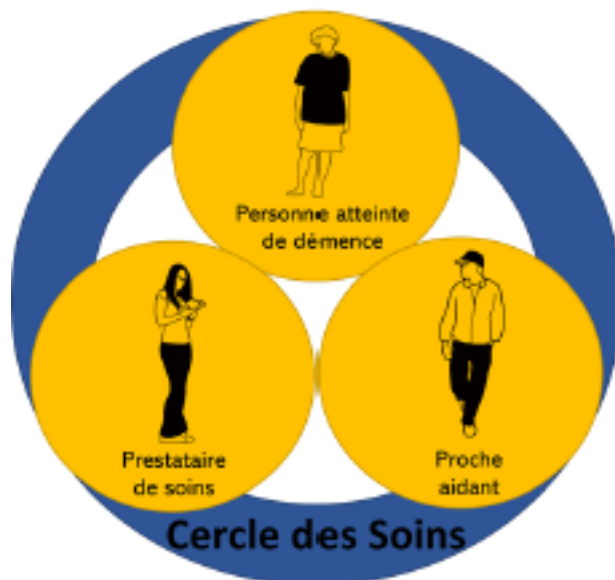
Ces conditions peuvent affecter chacun différemment, mais les symptômes les plus courants sont la perte de mémoire, les changements de personnalité et la difficulté à accomplir des tâches. La démence est un trouble évolutif, ce qui signifie que les symptômes changent au fil du temps de manière prévisible et imprévisible.

La démence est souvent décrite comme un parcours que la personne atteinte de démence et les personnes qui la soutiennent entreprennent ensemble.

**LE CERCLE DES SOINS.** Une façon de faciliter le parcours consiste à créer un cercle de soins qui comprend la personne atteinte de démence, les proches aidants, ainsi que des prestataires de soins tels que des préposés au soutien personnel, des infirmières et des médecins.

Avoir des relations solides et une bonne communication au sein du cercle de soins peut rendre le parcours moins solitaire et plus facile. Ce journal est conçu pour faciliter l'établissement de ces relations, en particulier entre les membres de famille et les amis agissant en tant qu'aidants, et les prestataires de soins de santé.

Alors que l'ODJJ se concentre sur la relation entre les aidants et les prestataires de soins de santé, en établissant la confiance, le travail d'équipe et en la compréhension l'un de l'autre, on espère pouvoir fournir de meilleurs soins à la personne atteinte de démence.



Représentation visuelle du cercle des soins

---

# Table des matières

Notre journal de bord avec la démence s'adresse aux personnes atteintes de démence, à leur famille/amis et à leur prestataires de soins afin de favoriser des relations solides entre eux tout au long du parcours de la démence. Ce journal est divisé en sections et vous pouvez utiliser les sections comme bon vous semble.

Le code couleur des sections permet de s'approprier le journal facilement. Chaque section a un objectifs différents et est associé à une couleurs différents, pour que vous puissiez choisir comment vous souhaitez utiliser ce journal.

## Sections:

Cadre de Référence

Comment utiliser ce Journal



### **Pages bleues : pour partager des informations et favoriser des relations fortes**

Mes questions sur la démence

À propos de moi — Engager la conversation

Mes 5 choses les plus importantes

Activité de collage



### **Pages roses : un endroit où documenter votre parcours et votre bien être**

Tableau de documentation sur le bien-être

Auto-vérification bimensuelle (Indice de bien-être de l'OMS)

Vérification mensuelle des symptômes de démence



### **Pages pêches : un endroit où noter vos réflexion et tenir un carnet intime**

Réflexion

Tenir un carnet intime



### **Pages vertes : Outils disponibles**

Des outils pour mieux vivre avec la démence

Remerciements

# Cadre de Référence

## Honorez le cercle des soins :

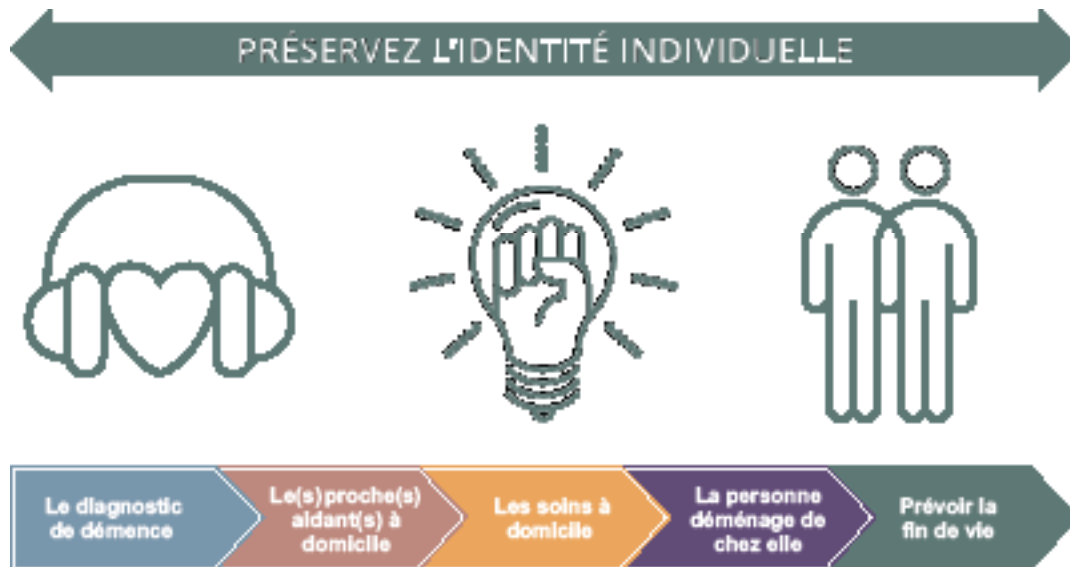
Réalisez que tous les membres du cercle des soins ont des vies liées alors que vous parcourez la voyage de la démence ensemble. Renforcez ce cercle des soins, respectez les besoins de la personne atteinte de démence, de sa famille et de ses amis et établissez des relations plus solides avec les prestataires de soins exerçant des rôles professionnels.

## Adoptez une approche centrée sur la personne et la famille :

Concentrez-vous sur l'établissement de relations solides avec chaque individu du cercle des soins. Fournissez des soins qui tiennent compte de toutes les différentes dimensions du bien-être et offrez un soutien proactif, opportun et bien coordonné pour promouvoir le bien-être.

## Partagez vos connaissances et reconnaissez les écarts :

Reconnaissez la valeur que chaque personne apporte au cercle de soins, l'information qu'elle seule connaît.



## Aidez-moi en

### M'écoutant

Faites preuve d'empathie—  
Offrez un soutien émotionnel

Normalisez — Faites preuve de compréhension

### Soutenant mon pouvoir d'agir

Fournissez des ressources pour aider

Partagez vos connaissances et des services d'information

### Agissant

Reconnaissez, évaluez et agissez immédiatement

Coordonnez les soins/aidez le proche aidant à accéder à des services

---

# Comment utiliser ce journal :

---



## **Qui peut contribuer à ce journal?**

Toute personne faisant partie du cercle des soins peut contribuer à ce journal. Cela peut inclure la personne atteinte de démence, la famille ou les amis qui l'aident ou prennent soin d'elle, ainsi que les prestataires de soins qui aident à prendre soin d'une personne atteinte de démence.

## **À quoi peut vous servir ce journal?**

Ce journal contient des activités conçues pour vous aider dans votre parcours de la démence. Le parcours est plein de changements, et ces activités peuvent vous aider à vous y préparer et à aborder les défis à venir.

## **Quand utiliser ce journal?**

Vous pouvez utiliser ce journal autant ou aussi peu que vous le souhaitez ou en avez besoin. Certaines activités ont une durée suggérée pour les réaliser; pour d'autres, c'est à vous de choisir.

## **Comment pouvez-vous utiliser ce journal?**

Le journal peut être utilisé de plusieurs manières. C'est à vous de décider quelles parties vous sont utiles.

Voici quelques façons d'utiliser le journal:

- Emmenez-le lors de vos rendez-vous pour partager vos préoccupations ou vos observations
- Partagez des souvenirs et des informations essentielles sur la personne vivant avec la démence
- Prenez soin de votre santé mentale avec des activités de soins personnels
- Établissez des relations avec de nouveaux membres du cercle des soins à mesure que le cercle s'agrandit pour répondre aux besoins de la personne atteinte de démence.



# Partager des informations

# Mes questions sur la démence:

Sur cette page, écrivez vos questions sur la démence que vous pourrez partager avec d'autres. Par exemple:

- « Qu'avez-vous remarqué ou ressenti de différent aujourd'hui? »
- « Qu'est-ce qui a été différent aujourd'hui et que vous souhaitez comprendre? »
- « Quels changements de mode de vie peuvent favoriser le bien-être d'une personne atteinte de démence? »
- « À quelle fréquence devons-nous planifier des contrôles et que devons-nous surveiller? »

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





# Mes questions sur la démence:

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

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

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

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

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

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

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



# À propos de moi



## Objectif

Cette activité vise à offrir l'occasion à tous les membres du cercle des soins de mieux se connaître.



## Participants

Cette activité peut être réalisée par toute personne faisant partie du cercle des soins y compris la personne atteinte de démence, ses prestataires de soins et les membres de sa famille ou ses amis qui l'aident ou prennent soin d'elle.



## Horaire

Le contenu peut être révisé et mis à jour selon les besoins et/ou à mesure que des changements se produisent



## Instructions

Cette activité se veut une conversation entre les membres du cercle des soins. N'hésitez pas à sauter les questions ou les sujets dont vous ne souhaitez pas parler, et n'hésitez pas à ajouter les vôtres.

### Remerciement

*My Whole Self a été adapté par le SE Research Centre avec les conseils et la permission des communautés qui ont participé à la co-conception de Notre journal de bord avec la démence et, avec la permission des personnes et des organisations qui ont créé ce qui suit:*

- “All About Me — A Conversation Starter”, par la Société Alzheimer du Canada ([www.alzheimer.ca](http://www.alzheimer.ca)) © Novembre 2014. Retrouvé de: [https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/all\\_about\\_me\\_a\\_conversation\\_starter\\_e.pdf](https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/all_about_me_a_conversation_starter_e.pdf)
- *Échange de recherche sur la cognition et la sensibilisation au vieillissement chez les Autochtones et Soutiens compartementaux du Nord-Est de l'Ontario.* Kristen Jacklin, Karen Pitawanakwat, Melissa Blind, Louise Jones, Jerry Otowadjiwan, Emily Piraino, Roxanne Makela, Bob Spicer, Monica Bretzlaff. “P.I.E.C.E.S. of my Relationships” (1151320, Industrie Canada). Retrouvé de: <https://www.i-caare.ca/practicetools>
- *Le programme compartemental du Nord-Est soutient l'Ontario.* “North Bay Regional Health Centre, PIECES of myPERSONHOOD” (RHC1380 – Octobre 2018 bealme). Retrouvé de: [https://northeast.behaviouralsupportsontario.ca/335/PIECES\\_of\\_my\\_Personhood/](https://northeast.behaviouralsupportsontario.ca/335/PIECES_of_my_Personhood/)



# À propos de moi — Engager la conversation

Date:

Cette activité peut être réalisée par toute personne faisant partie du cercle des soins. Le contenu peut être révisé et mis à jour selon les besoins et/ou à mesure que des changements surviennent au cours du parcours. Vous n'êtes pas obligé de répondre aux questions auxquelles vous préférez ne pas répondre.

## Qui suis je?

*Quel est votre nom ou nom préféré? D'où venez-vous? Quelle est votre origine culturelle (langues, spiritualité, religion, traditions, etc.)?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Les parties importantes de ma vie.

*Où avez-vous vécu dans le passé? Quels sont vos talents? Quels rôles ou professions avez-vous occupés? De quel moment ou de quelle succès êtes-vous le/la plus fier/ fière?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## **Qu'est-ce que j'apprécie?**

*Quels sont vos passe-temps (par exemple, bricoler, chanter, cuisiner, lire)? Quel est votre type de musique préféré? Qu'est ce qui vous rend heureux?*

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Les personnes importantes dans ma vie.**

*Quelles sont les personnes les plus importantes dans votre vie (vos parents, enfants, frères et sœurs, grands-parents)? À qui vous vous confiez? Avec qui aimez-vous passer du temps?*

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Ma routine quotidienne.**

*Qu'est ce que je fais quand je me réveille? À quelles activités sociales et récréatives est-ce que je participe? Qu'est-ce que j'aime faire pendant la journée? Est-ce que j'aime recevoir des visiteurs? Est-ce que j'aime manger avec les autres? Y a-t-il des moments où vous aimez être seul(e)? Que dois-je faire pour me détendre avant de me coucher ?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Habitudes de sommeil.

*À quelle heure vous couchez-vous le soir et vous réveillez-vous le matin? Vous sentez-vous bien reposé? Vous réveillez-vous pendant la nuit?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Préférences alimentaires.

*Quels aliments aimez-vous et n'aimez-vous pas? Y a-t-il des aliments qui vous font vous sentir mal?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## D'autres préférences personnelles.

*Par exemple, être rasé de près et porter du maquillage, des vêtements préférés ou des rituels/routines suivis.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Comment assurer ma sécurité

*Y a-t-il des lieux/sous/météo/activités que vous n'aimez pas? Y a-t-il quelque chose qui vous dérange ou vous met mal à l'aise? Y a-t-il des choses qui vous font peur? Que peuvent dire ou faire les autres pour que vous vous sentiez à l'aise dans ces situations?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Y a-t-il des parties importantes de votre histoire que vous aimeriez partager?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

# Mes 5 choses les plus importantes

---



## Objectif

Le but de cette activité est de vous aider à partager les choses les plus importantes sur vous avec les autres membres du cercle des soins. Ceci est particulièrement important lorsqu'un nouveau membre rejoint le cercle des soins.



## Horaire

Nous vous suggérons de réaliser cette activité lors de transitions tout au long du parcours de la démence. Cela peut inclure le moment où vous recevez un premier diagnostic ou lorsque vous avez besoin d'aide pour les soins à domicile pour la première fois.



## Participants

Évaluez la situation – idéalement, tous les membres du cercle des soins travailleront ensemble à cette activité, y compris la personne atteinte de démence, sa famille/amis qui prennent soin d'elle et tout prestataire de soins.

- Au début du parcours, cette activité pourrait être mieux adaptée pour les aidants et les personnes atteintes de démence
- Si la personne atteinte de démence n'est pas en mesure de faire cette activité, alors elle conviendra à la famille, aux amis et aux prestataire(s) de soins.



## Matériel

1. Modèle: Mes 5 choses les plus importantes
2. Crayon ou stylo



## Instructions

- Cette activité peut être effectuée à partir des différents points de vue des personnes dans le cercle des soins.
- À l'aide du modèle ci-dessous, réfléchissez et énumérez les cinq choses les plus importantes que vous voulez que sache un nouveau prestataire de soins. Puis, décrivez la raison pour laquelle chaque chose est importante pour vous.
- Utilisez cette page comme une «lettre de présentation» lorsqu'une nouvelle personne rejoint votre cercle des soins pour vous aider à communiquer ce qui est vraiment important dans votre parcours.



# Mes 5 choses les plus importantes:

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

Nom: \_\_\_\_\_

|   |   |   |
|---|---|---|
| Par exemple, ma mère aime regarder le lever du soleil.              | →<br>Pourquoi est-ce important pour vous? | Cela lui remonte le moral et la connecte au Créateur. |
| Par exemple, mon père aime être rasé de près.                       | →<br>Pourquoi est-ce important pour vous? | Parce que son apparence est importante pour lui.      |
| Par exemple, j'aime prendre du temps rien que pour moi chaque jour. | →<br>Pourquoi est-ce important pour vous? | Cela m'apporte de l'équilibre et de la paix.          |
| Par exemple, j'aime être appelé par mon surnom.                     | →<br>Pourquoi est-ce important pour vous? | Ça me rend heureux.                                   |
|   | →<br>Pourquoi est-ce important pour vous? |   |



Si vous souhaitez réfléchir davantage à l'une de vos « 5 choses importantes », allez aux pages oranges.



# Mes 5 choses les plus importantes:

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

Nom: \_\_\_\_\_



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Si vous souhaitez réfléchir davantage à l'une de vos « 5 choses importantes », allez aux pages oranges.

# Mes 5 choses les plus importantes:

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

Nom: \_\_\_\_\_



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Si vous souhaitez réfléchir davantage à l'une de vos « 5 choses importantes », allez aux pages oranges.

# Mes 5 choses les plus importantes:

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

Nom: \_\_\_\_\_



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Si vous souhaitez réfléchir davantage à l'une de vos « 5 choses importantes », allez aux pages oranges.

# Mes 5 choses les plus importantes:

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

Nom: \_\_\_\_\_



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Pourquoi est-ce important pour vous?



Si vous souhaitez réfléchir davantage à l'une de vos « 5 choses importantes », allez aux pages oranges.

# Le Collage De Soins



## Objectif

Le but de cette activité est de créer une représentation visuelle de ce que chaque membre du cercle des soins a vécu et attend sur le plan des soins.



## Horaire

Nous vous suggérons de réaliser cette activité lors de transitions tout au long du parcours de la démence. Cela peut inclure le moment où vous recevez un premier diagnostic ou lorsque vous avez besoin d'aide pour les soins à domicile pour la première fois.



## Participants

Évaluez la situation – idéalement, tous les membres du cercle des soins travailleront ensemble à cette activité, y compris la personne atteinte de démence, sa famille/amis qui prennent soin d'elle et tout prestataire de soins.

- Au début du parcours, cette activité pourrait être mieux adaptée pour les aidants et les personnes atteintes de démence
- Si la personne atteinte de démence n'est pas en mesure de faire cette activité, alors elle conviendra à la famille, aux amis et aux prestataire(s) de soins.



## Matériel

1. Diverses images de photos personnelles, de magazines et de journaux découpées à l'avance
2. De la colle ou du papier collant
3. Des crayons ou des feutres



## Instructions

Assemblez sous forme de collage, une représentation de vos expériences et de vos opinions sur les soins en matière de démence. Quand chacun de vous a assemblé ses images, nous vous encourageons à en parler.



## Sujets de discussion suggérés

1. Pour vous, que signifie chaque image et pourquoi avez-vous choisi de l'inclure?
2. Pour vous, que signifient les soins?
3. Comment chaque personne voit son rôle dans la triade des soins?



---

# Le Collage De Soins

Date:

---



---

# Le Collage De Soins

Date:

---



---

# Le Collage De Soins

Date:

---







Documentez  
votre parcours

---

# Tableau de documentation sur le bien-être

---

Tout au long de votre parcours, veuillez documenter toutes vos préoccupations ici. Utilisez cette page aussi souvent que vous le souhaitez pour partager vos expériences. Vous pouvez apporter ce formulaire à votre médecin/rendez-vous médical pour faciliter la discussion.

Date d'aujourd'hui:

Personne qui documente:

---

Je suis préoccupé par:

---

---

---

---

Pourquoi:

---

---

---

---

J'ai besoin de quelqu'un pour:  M'écouter  M'aider  Agir

Réponse:

---

---

---



---

# Tableau de documentation sur le bien-être

---

Tout au long de votre parcours, veuillez documenter toutes vos préoccupations ici. Utilisez cette page aussi souvent que vous le souhaitez pour partager vos expériences. Vous pouvez apporter ce formulaire à votre médecin/rendez-vous médical pour faciliter la discussion.

Date d'aujourd'hui:

Personne qui documente:

---

Je suis préoccupé par:

---

---

---

---

Pourquoi:

---

---

---

---

J'ai besoin de quelqu'un pour:  M'écouter  M'aider  Agir

Réponse:

---

---

---



---

# Tableau de documentation sur le bien-être

---

Tout au long de votre parcours, veuillez documenter toutes vos préoccupations ici. Utilisez cette page aussi souvent que vous le souhaitez pour partager vos expériences. Vous pouvez apporter ce formulaire à votre médecin/rendez-vous médical pour faciliter la discussion.

Date d'aujourd'hui:

Personne qui documente:

---

Je suis préoccupé par:

---

---

---

---

Pourquoi:

---

---

---

---

J'ai besoin de quelqu'un pour:  M'écouter  M'aider  Agir

Réponse:

---

---

---



---

# Tableau de documentation sur le bien-être

---

Tout au long de votre parcours, veuillez documenter toutes vos préoccupations ici. Utilisez cette page aussi souvent que vous le souhaitez pour partager vos expériences. Vous pouvez apporter ce formulaire à votre médecin/rendez-vous médical pour faciliter la discussion.

Date d'aujourd'hui:

Personne qui documente:

---

Je suis préoccupé par:

---

---

---

---

Pourquoi:

---

---

---

---

J'ai besoin de quelqu'un pour:  M'écouter  M'aider  Agir

Réponse:

---

---

---



# Auto-évaluation bimensuelle



## Objectif

Cette activité peut vous aider à réfléchir à votre bien-être général en posant cinq questions simples. L'utilisation de cet outil peut vous aider à comprendre ou à communiquer vos sentiments. Si votre score global diminue avec le temps, vous souhaitez peut-être demander de l'aide ou parler à quelqu'un de ce qui se passe dans votre vie.



## Horaire

Nous vous suggérons de réaliser cette activité toutes les deux semaines, mais vous pouvez l'utiliser aussi souvent ou aussi peu que vous le souhaitez.



## Participants

Tous les membres du cercle des soins sont encouragés à suivre leur bien-être.

## The World Health Organization's Well-Being Index

### Instructions:

- Pour chacun des 5 énoncés, indiquez celui qui se rapproche le plus de ce que vous ressentez depuis les 2 dernières semaines.
- Veuillez noter qu'un chiffre plus élevé signifie un meilleur bien-être.
- Par exemple : vous vous êtes senti heureux et de bonne humeur plus de la moitié du temps au cours des 2 dernières semaines, cochez la case avec le numéro 3 en haut à droite.
- Votre score relativement à la qualité de vie est calculé en additionnant les chiffres des 5 questions. Les scores peuvent s'échelonner de 0 à 25, où 0 représente le pire score et 25 représente le meilleur score possible.
- Il y a un espace sous chaque tableau pour enregistrer votre score et un suivi des scores pour vous aider à évaluer vos scores au fil du temps.

| Au cours des 2 dernières semaines                            | Tout le temps | La plupart du temps | Plus de la moitié du temps | Moins de la moitié du temps | De temps en temps | Jamais |
|--|---------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|--------|
| Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur                  | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0      |
| Je me suis senti(e) calme et tranquille                      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0      |
| Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0      |
| Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0      |
| Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes     | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0      |



# Auto-évaluation bimensuelle

Nom:

Date:

Personne qui documente:

| Au cours des 2 dernières semaines                            | Tout le temps | La plupart du temps | Plus de la moitié du temps | Moins de la moitié du temps | De temps en temps | Jamais        |
|--|---------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------|
| Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur                  | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) calme et tranquille                      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes     | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
|  |               |                     |                            |                             |                   | Score global: |

Nom:

Date:

Personne qui documente:

| Au cours des 2 dernières semaines                            | Tout le temps | La plupart du temps | Plus de la moitié du temps | Moins de la moitié du temps | De temps en temps | Jamais        |
|--|---------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------|
| Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur                  | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) calme et tranquille                      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes     | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
|  |               |                     |                            |                             |                   | Score global: |



# Auto-évaluation bimensuelle

Nom:

Date:

Personne qui documente:

| Au cours des 2 dernières semaines                            | Tout le temps | La plupart du temps | Plus de la moitié du temps | Moins de la moitié du temps | De temps en temps | Jamais        |
|--|---------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------|
| Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur                  | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) calme et tranquille                      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes     | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
|  |               |                     |                            |                             |                   | Score global: |

Nom:

Date:

Personne qui documente:

| Au cours des 2 dernières semaines                            | Tout le temps | La plupart du temps | Plus de la moitié du temps | Moins de la moitié du temps | De temps en temps | Jamais        |
|--|---------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------|
| Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur                  | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) calme et tranquille                      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes     | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
|  |               |                     |                            |                             |                   | Score global: |





# Auto-évaluation bimensuelle

Nom:

Date:

Personne qui documente:

| Au cours des 2 dernières semaines                            | Tout le temps | La plupart du temps | Plus de la moitié du temps | Moins de la moitié du temps | De temps en temps | Jamais        |
|--|---------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------|
| Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur                  | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) calme et tranquille                      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes     | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
|  |               |                     |                            |                             |                   | Score global: |

Nom:

Date:

Personne qui documente:

| Au cours des 2 dernières semaines                            | Tout le temps | La plupart du temps | Plus de la moitié du temps | Moins de la moitié du temps | De temps en temps | Jamais        |
|--|---------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------|
| Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur                  | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) calme et tranquille                      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)      | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
| Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes     | 5             | 4                   | 3                          | 2                           | 1                 | 0             |
|  |               |                     |                            |                             |                   | Score global: |



# Auto-évaluation bimensuelle— Suivi des scores

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |



# Auto-évaluation bimensuelle— Suivi des scores

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |



# Auto-évaluation bimensuelle— Suivi des scores

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |

Nom:

Personne qui documente:

|              |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date         | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Score global |          |          |          |          |          |          |



---

# Vérification mensuelle des symptômes de démence

---

En utilisant le «Tableaux de suivi des symptômes centrés sur la personne atteinte de démence»



## Objectif

L'objectif de cette activité est de suivre les symptômes de la démence mensuellement. Nous vous recommandons d'emporter ces pages de suivi des symptômes avec vous lorsque vous parlez à un prestataire de soins ou à une personne de confiance.



## Horaire

Nous vous suggérons de mettre à jour ces pages tous les 30 jours. Si vous remarquez un changement important chez la personne atteinte de démence dont vous souhaitez documenter, vous pouvez mettre à jour ces pages plus souvent.



## Participants

À l'origine, cette activité a été conçue pour aider les amis et la famille d'une personne atteinte de démence à surveiller ses symptômes. Cependant, elle peut être utilisée par toute personne faisant partie du cercle des soins pour suivre les symptômes liés à la démence.



## Instructions

L'expérience de chaque personne atteinte de démence ou d'Alzheimer est unique. Les symptômes peuvent changer fréquemment et progresser différemment chez chacune, et peuvent être affectés de diverses manières. Cet outil a été conçu pour aider le proche aidant à faire le suivi du type et de la fréquence des symptômes que présente votre proche pour mieux communiquer et planifier ses soins avec votre équipe médicale et les autres fournisseurs de soins de santé, à mesure de votre collaboration pour définir le meilleur traitement et les meilleures interventions possibles sur base de votre situation particulière.



## Tableaux de suivi des symptômes centrés sur la personne atteinte de démence

L'expérience de chaque personne atteinte de démence ou d'Alzheimer est unique. Les symptômes peuvent changer fréquemment et progresser différemment chez chacune, et peuvent être affectés de diverses manières. Cet outil a été conçu pour aider le proche aidant à faire le suivi du type et de la fréquence des symptômes que présente votre proche pour mieux communiquer et planifier ses soins avec votre équipe médicale et les autres fournisseurs de soins de santé, à mesure de votre collaboration pour définir le meilleur traitement et les meilleures interventions possibles basés sur votre situation particulière.

Nom de la personne: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

| <b>Orientation</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
|--|------------------|--------------|----------------|---------------|
| Oublie le nom des amis ou des proches                                    |                  |              |                |               |
| Oublie son adresse ou sa ville natale                                    |                  |              |                |               |
| Oublie la date/le moment de l'année/le moment de la journée              |                  |              |                |               |
| Pose sans cesse les mêmes questions                                      |                  |              |                |               |
| <b>Communication</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Ont du mal à décrire leurs besoins                                       |                  |              |                |               |
| Devient frustré en parlant   |                  |              |                |               |
| Répète des mots/des phrases/des gestes                                   |                  |              |                |               |
| Parle à/regarde des gens qui ne sont pas présents                        |                  |              |                |               |
| Éprouve des difficultés de compréhension écrite ou orale                 |                  |              |                |               |
| <b>Toilette et soins</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Refuse de changer de vêtements   |                  |              |                |               |
| Résistance à se laver (douche)   |                  |              |                |               |
| Refuse de se raser/de se brosser les cheveux ou les dents                |                  |              |                |               |
| Montre de la crainte/l'anxiété face à l'eau ou au fait de se déshabiller |                  |              |                |               |
| Résiste la toilette ou les soins   |                  |              |                |               |
| <b>Nutrition and hydratation</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Mange moins que d'habitude   |                  |              |                |               |
| Ne mange que quelques types d'aliments                                   |                  |              |                |               |
| Ne finit que 50% ou moins de ses repas                                   |                  |              |                |               |
| Boit moins de 8 verres d'eau/de liquides par jour                        |                  |              |                |               |
| Perd rapidement du poids (5 kg ou plus par mois)                         |                  |              |                |               |
| Prends rapidement du poids (5 kg ou plus par mois)                       |                  |              |                |               |
| <b>Comportement</b>  | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Refus ou résistance à la prise de médicaments                            |                  |              |                |               |
| Accuse les autres de vol ou de malveillance                              |                  |              |                |               |
| Crie, jure ou traite   |                  |              |                |               |
| Jette des objets/frappe des gens ou des choses                           |                  |              |                |               |
| Crainte de nouvelles personnes ou de nouvelles situations                |                  |              |                |               |
| Se déshabille de manière inappropriée                                    |                  |              |                |               |
| Montre une agressivité sexuelle  |                  |              |                |               |



Suite à la page suivante...

| Jugement   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
|--|-----------|-------|---------|--------|
| Mauvaise gestion des billets ou de l'argent  |           |       |         |        |
| S'habiller de manière inappropriée pour la météo ou les sorties                          |           |       |         |        |
| Incapable de reconnaître les dangers potentiels  |           |       |         |        |
| Pas en mesure de comprendre les conséquences   |           |       |         |        |
| Engagement   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Semble anxieux ou craintif   |           |       |         |        |
| Semble triste ou en retrait  |           |       |         |        |
| A du mal à avoir un contact visuel ou engager une conversation                           |           |       |         |        |
| Démontre un manque d'intérêt pour la vie et les activités quotidiennes                   |           |       |         |        |
| A des difficultés à commencer un passe-temps ou une activité                             |           |       |         |        |
| Ne veut pas assister aux cérémonies  |           |       |         |        |
| Toilette   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Accidents/incontinence (urine)   |           |       |         |        |
| Accidents/incontinence (selles)  |           |       |         |        |
| Tente d'aller au toilette à d'autres endroits qu'aux toilettes                           |           |       |         |        |
| N'a pas conscience du besoin d'utiliser les toilettes                                    |           |       |         |        |
| Ne se rend pas compte d'être mouillé, souillé ou d'émettre une odeur du à l'incontinence |           |       |         |        |
| Physique   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Éprouve des difficultés à marcher  |           |       |         |        |
| Démarche anormale  |           |       |         |        |
| Semble éprouver des douleurs   |           |       |         |        |
| Appears to have pain   |           |       |         |        |
| Changements d'expression du visage   |           |       |         |        |
| Changements dans les habitudes de sommeil  |           |       |         |        |
| Chutes (avec ou sans blessures)  |           |       |         |        |
| Augmentation des blessures non expliquées  |           |       |         |        |
| Errance et sécurité  | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| N'est pas en sécurité près du four ou des surfaces chaudes                               |           |       |         |        |
| N'est pas en sécurité près de l'eau ou des robinets                                      |           |       |         |        |
| Tente de manger ce qui n'est pas comestible  |           |       |         |        |
| Se perd loin de chez eux/perd leur aidant lors de sorties                                |           |       |         |        |
| Tente de quitter sa maison   |           |       |         |        |
| Conduit encore ou demande à conduire un véhicule   |           |       |         |        |

Autres préoccupations: \_\_\_\_\_

Complété par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Relation de l'aidant par rapport à la personne: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

*Étapes suivantes : Amenez ce formulaire chez votre médecin/lors de vos rendez-vous médicaux pour discuter des options de traitement possibles et des interventions. Actualisez ce formulaire tous les 30 jours ou lors d'un changement d'état important. Gardez les exemplaires classés par date pour vos dossiers.*



## Tableaux de suivi des symptômes centrés sur la personne atteinte de démence

L'expérience de chaque personne atteinte de démence ou d'Alzheimer est unique. Les symptômes peuvent changer fréquemment et progresser différemment chez chacune, et peuvent être affectés de diverses manières. Cet outil a été conçu pour aider le proche aidant à faire le suivi du type et de la fréquence des symptômes que présente votre proche pour mieux communiquer et planifier ses soins avec votre équipe médicale et les autres fournisseurs de soins de santé, à mesure de votre collaboration pour définir le meilleur traitement et les meilleures interventions possibles basés sur votre situation particulière.

Nom de la personne: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

| <b>Orientation</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
|--|------------------|--------------|----------------|---------------|
| Oublie le nom des amis ou des proches                                    |                  |              |                |               |
| Oublie son adresse ou sa ville natale                                    |                  |              |                |               |
| Oublie la date/le moment de l'année/le moment de la journée              |                  |              |                |               |
| Pose sans cesse les mêmes questions                                      |                  |              |                |               |
| <b>Communication</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Ont du mal à décrire leurs besoins                                       |                  |              |                |               |
| Devient frustré en parlant   |                  |              |                |               |
| Répète des mots/des phrases/des gestes                                   |                  |              |                |               |
| Parle à/regarde des gens qui ne sont pas présents                        |                  |              |                |               |
| Éprouve des difficultés de compréhension écrite ou orale                 |                  |              |                |               |
| <b>Toilette et soins</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Refuse de changer de vêtements   |                  |              |                |               |
| Résistance à se laver (douche)   |                  |              |                |               |
| Refuse de se raser/de se brosser les cheveux ou les dents                |                  |              |                |               |
| Montre de la crainte/l'anxiété face à l'eau ou au fait de se déshabiller |                  |              |                |               |
| Résiste la toilette ou les soins   |                  |              |                |               |
| <b>Nutrition and hydratation</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Mange moins que d'habitude   |                  |              |                |               |
| Ne mange que quelques types d'aliments                                   |                  |              |                |               |
| Ne finit que 50% ou moins de ses repas                                   |                  |              |                |               |
| Boit moins de 8 verres d'eau/de liquides par jour                        |                  |              |                |               |
| Perd rapidement du poids (5 kg ou plus par mois)                         |                  |              |                |               |
| Prends rapidement du poids (5 kg ou plus par mois)                       |                  |              |                |               |
| <b>Comportement</b>  | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Refus ou résistance à la prise de médicaments                            |                  |              |                |               |
| Accuse les autres de vol ou de malveillance                              |                  |              |                |               |
| Crie, jure ou traite   |                  |              |                |               |
| Jette des objets/frappe des gens ou des choses                           |                  |              |                |               |
| Crainte de nouvelles personnes ou de nouvelles situations                |                  |              |                |               |
| Se déshabille de manière inappropriée                                    |                  |              |                |               |
| Montre une agressivité sexuelle  |                  |              |                |               |



Suite à la page suivante...



| Jugement   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
|--|-----------|-------|---------|--------|
| Mauvaise gestion des billets ou de l'argent  |           |       |         |        |
| S'habiller de manière inappropriée pour la météo ou les sorties                          |           |       |         |        |
| Incapable de reconnaître les dangers potentiels  |           |       |         |        |
| Pas en mesure de comprendre les conséquences   |           |       |         |        |
| Engagement   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Semble anxieux ou craintif   |           |       |         |        |
| Semble triste ou en retrait  |           |       |         |        |
| A du mal à avoir un contact visuel ou engager une conversation                           |           |       |         |        |
| Démontre un manque d'intérêt pour la vie et les activités quotidiennes                   |           |       |         |        |
| A des difficultés à commencer un passe-temps ou une activité                             |           |       |         |        |
| Ne veut pas assister aux cérémonies  |           |       |         |        |
| Toilette   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Accidents/incontinence (urine)   |           |       |         |        |
| Accidents/incontinence (selles)  |           |       |         |        |
| Tente d'aller au toilette à d'autres endroits qu'aux toilettes                           |           |       |         |        |
| N'a pas conscience du besoin d'utiliser les toilettes                                    |           |       |         |        |
| Ne se rend pas compte d'être mouillé, souillé ou d'émettre une odeur du à l'incontinence |           |       |         |        |
| Physique   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Éprouve des difficultés à marcher  |           |       |         |        |
| Démarche anormale  |           |       |         |        |
| Semble éprouver des douleurs   |           |       |         |        |
| Appears to have pain   |           |       |         |        |
| Changements d'expression du visage   |           |       |         |        |
| Changements dans les habitudes de sommeil  |           |       |         |        |
| Chutes (avec ou sans blessures)  |           |       |         |        |
| Augmentation des blessures non expliquées  |           |       |         |        |
| Errance et sécurité  | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| N'est pas en sécurité près du four ou des surfaces chaudes                               |           |       |         |        |
| N'est pas en sécurité près de l'eau ou des robinets                                      |           |       |         |        |
| Tente de manger ce qui n'est pas comestible  |           |       |         |        |
| Se perd loin de chez eux/perd leur aidant lors de sorties                                |           |       |         |        |
| Tente de quitter sa maison   |           |       |         |        |
| Conduit encore ou demande à conduire un véhicule   |           |       |         |        |

Autres préoccupations: \_\_\_\_\_

Complété par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Relation de l'aidant par rapport à la personne: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

*Étapes suivantes : Amenez ce formulaire chez votre médecin/lors de vos rendez-vous médicaux pour discuter des options de traitement possibles et des interventions. Actualisez ce formulaire tous les 30 jours ou lors d'un changement d'état important. Gardez les exemplaires classés par date pour vos dossiers.*



## Tableaux de suivi des symptômes centrés sur la personne atteinte de démence

L'expérience de chaque personne atteinte de démence ou d'Alzheimer est unique. Les symptômes peuvent changer fréquemment et progresser différemment chez chacune, et peuvent être affectés de diverses manières. Cet outil a été conçu pour aider le proche aidant à faire le suivi du type et de la fréquence des symptômes que présente votre proche pour mieux communiquer et planifier ses soins avec votre équipe médicale et les autres fournisseurs de soins de santé, à mesure de votre collaboration pour définir le meilleur traitement et les meilleures interventions possibles basés sur votre situation particulière.

Nom de la personne: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

| <b>Orientation</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
|--|------------------|--------------|----------------|---------------|
| Oublie le nom des amis ou des proches                                    |                  |              |                |               |
| Oublie son adresse ou sa ville natale                                    |                  |              |                |               |
| Oublie la date/le moment de l'année/le moment de la journée              |                  |              |                |               |
| Pose sans cesse les mêmes questions                                      |                  |              |                |               |
| <b>Communication</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Ont du mal à décrire leurs besoins                                       |                  |              |                |               |
| Devient frustré en parlant   |                  |              |                |               |
| Répète des mots/des phrases/des gestes                                   |                  |              |                |               |
| Parle à/regarde des gens qui ne sont pas présents                        |                  |              |                |               |
| Éprouve des difficultés de compréhension écrite ou orale                 |                  |              |                |               |
| <b>Toilette et soins</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Refuse de changer de vêtements   |                  |              |                |               |
| Résistance à se laver (douche)   |                  |              |                |               |
| Refuse de se raser/de se brosser les cheveux ou les dents                |                  |              |                |               |
| Montre de la crainte/l'anxiété face à l'eau ou au fait de se déshabiller |                  |              |                |               |
| Résiste la toilette ou les soins   |                  |              |                |               |
| <b>Nutrition and hydratation</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Mange moins que d'habitude   |                  |              |                |               |
| Ne mange que quelques types d'aliments                                   |                  |              |                |               |
| Ne finit que 50% ou moins de ses repas                                   |                  |              |                |               |
| Boit moins de 8 verres d'eau/de liquides par jour                        |                  |              |                |               |
| Perd rapidement du poids (5 kg ou plus par mois)                         |                  |              |                |               |
| Prends rapidement du poids (5 kg ou plus par mois)                       |                  |              |                |               |
| <b>Comportement</b>  | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Refus ou résistance à la prise de médicaments                            |                  |              |                |               |
| Accuse les autres de vol ou de malveillance                              |                  |              |                |               |
| Crie, jure ou traite   |                  |              |                |               |
| Jette des objets/frappe des gens ou des choses                           |                  |              |                |               |
| Crainte de nouvelles personnes ou de nouvelles situations                |                  |              |                |               |
| Se déshabille de manière inappropriée                                    |                  |              |                |               |
| Montre une agressivité sexuelle  |                  |              |                |               |



Suite à la page suivante...

| Jugement   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
|--|-----------|-------|---------|--------|
| Mauvaise gestion des billets ou de l'argent  |           |       |         |        |
| S'habiller de manière inappropriée pour la météo ou les sorties                          |           |       |         |        |
| Incapable de reconnaître les dangers potentiels  |           |       |         |        |
| Pas en mesure de comprendre les conséquences   |           |       |         |        |
| Engagement   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Semble anxieux ou craintif   |           |       |         |        |
| Semble triste ou en retrait  |           |       |         |        |
| A du mal à avoir un contact visuel ou engager une conversation                           |           |       |         |        |
| Démontre un manque d'intérêt pour la vie et les activités quotidiennes                   |           |       |         |        |
| A des difficultés à commencer un passe-temps ou une activité                             |           |       |         |        |
| Ne veut pas assister aux cérémonies  |           |       |         |        |
| Toilette   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Accidents/incontinence (urine)   |           |       |         |        |
| Accidents/incontinence (selles)  |           |       |         |        |
| Tente d'aller au toilette à d'autres endroits qu'aux toilettes                           |           |       |         |        |
| N'a pas conscience du besoin d'utiliser les toilettes                                    |           |       |         |        |
| Ne se rend pas compte d'être mouillé, souillé ou d'émettre une odeur du à l'incontinence |           |       |         |        |
| Physique   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Éprouve des difficultés à marcher  |           |       |         |        |
| Démarche anormale  |           |       |         |        |
| Semble éprouver des douleurs   |           |       |         |        |
| Appears to have pain   |           |       |         |        |
| Changements d'expression du visage   |           |       |         |        |
| Changements dans les habitudes de sommeil  |           |       |         |        |
| Chutes (avec ou sans blessures)  |           |       |         |        |
| Augmentation des blessures non expliquées  |           |       |         |        |
| Errance et sécurité  | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| N'est pas en sécurité près du four ou des surfaces chaudes                               |           |       |         |        |
| N'est pas en sécurité près de l'eau ou des robinets                                      |           |       |         |        |
| Tente de manger ce qui n'est pas comestible  |           |       |         |        |
| Se perd loin de chez eux/perd leur aidant lors de sorties                                |           |       |         |        |
| Tente de quitter sa maison   |           |       |         |        |
| Conduit encore ou demande à conduire un véhicule   |           |       |         |        |

Autres préoccupations: \_\_\_\_\_

Complété par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Relation de l'aidant par rapport à la personne: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

*Étapes suivantes : Amenez ce formulaire chez votre médecin/lors de vos rendez-vous médicaux pour discuter des options de traitement possibles et des interventions. Actualisez ce formulaire tous les 30 jours ou lors d'un changement d'état important. Gardez les exemplaires classés par date pour vos dossiers.*



## Tableaux de suivi des symptômes centrés sur la personne atteinte de démence

L'expérience de chaque personne atteinte de démence ou d'Alzheimer est unique. Les symptômes peuvent changer fréquemment et progresser différemment chez chacune, et peuvent être affectés de diverses manières. Cet outil a été conçu pour aider le proche aidant à faire le suivi du type et de la fréquence des symptômes que présente votre proche pour mieux communiquer et planifier ses soins avec votre équipe médicale et les autres fournisseurs de soins de santé, à mesure de votre collaboration pour définir le meilleur traitement et les meilleures interventions possibles basés sur votre situation particulière.

Nom de la personne: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

| <b>Orientation</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
|--|------------------|--------------|----------------|---------------|
| Oublie le nom des amis ou des proches                                    |                  |              |                |               |
| Oublie son adresse ou sa ville natale                                    |                  |              |                |               |
| Oublie la date/le moment de l'année/le moment de la journée              |                  |              |                |               |
| Pose sans cesse les mêmes questions                                      |                  |              |                |               |
| <b>Communication</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Ont du mal à décrire leurs besoins                                       |                  |              |                |               |
| Devient frustré en parlant   |                  |              |                |               |
| Répète des mots/des phrases/des gestes                                   |                  |              |                |               |
| Parle à/regarde des gens qui ne sont pas présents                        |                  |              |                |               |
| Éprouve des difficultés de compréhension écrite ou orale                 |                  |              |                |               |
| <b>Toilette et soins</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Refuse de changer de vêtements   |                  |              |                |               |
| Résistance à se laver (douche)   |                  |              |                |               |
| Refuse de se raser/de se brosser les cheveux ou les dents                |                  |              |                |               |
| Montre de la crainte/l'anxiété face à l'eau ou au fait de se déshabiller |                  |              |                |               |
| Résiste la toilette ou les soins   |                  |              |                |               |
| <b>Nutrition and hydratation</b>   | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Mange moins que d'habitude   |                  |              |                |               |
| Ne mange que quelques types d'aliments                                   |                  |              |                |               |
| Ne finit que 50% ou moins de ses repas                                   |                  |              |                |               |
| Boit moins de 8 verres d'eau/de liquides par jour                        |                  |              |                |               |
| Perd rapidement du poids (5 kg ou plus par mois)                         |                  |              |                |               |
| Prends rapidement du poids (5 kg ou plus par mois)                       |                  |              |                |               |
| <b>Comportement</b>  | <b>Quotidien</b> | <b>Hebdo</b> | <b>Mensuel</b> | <b>Jamais</b> |
| Refus ou résistance à la prise de médicaments                            |                  |              |                |               |
| Accuse les autres de vol ou de malveillance                              |                  |              |                |               |
| Crie, jure ou traite   |                  |              |                |               |
| Jette des objets/frappe des gens ou des choses                           |                  |              |                |               |
| Crainte de nouvelles personnes ou de nouvelles situations                |                  |              |                |               |
| Se déshabille de manière inappropriée                                    |                  |              |                |               |
| Montre une agressivité sexuelle  |                  |              |                |               |



Suite à la page suivante...

| Jugement  | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
|---|-----------|-------|---------|--------|
| Mauvaise gestion des billets ou de l'argent   |           |       |         |        |
| S'habiller de manière inappropriée pour la météo ou les sorties                           |           |       |         |        |
| Incapable de reconnaître les dangers potentiels   |           |       |         |        |
| Pas en mesure de comprendre les conséquences  |           |       |         |        |
| Engagement  | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Semble anxieux ou craintif  |           |       |         |        |
| Semble triste ou en retrait   |           |       |         |        |
| A du mal à avoir un contact visuel ou engager une conversation                            |           |       |         |        |
| Démontre un manque d'intérêt pour la vie et les activités quotidiennes                    |           |       |         |        |
| A des difficultés à commencer un passe-temps ou une activité                              |           |       |         |        |
| Ne veut pas assister aux cérémonies   |           |       |         |        |
| Toilette  | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Accidents/incontinence (urine)  |           |       |         |        |
| Accidents/incontinence (selles)   |           |       |         |        |
| Tente d'aller au toilette à d'autres endroits qu'aux toilettes                            |           |       |         |        |
| N'a pas conscience du besoin d'utiliser les toilettes                                     |           |       |         |        |
| Ne se rend pas compte d'être mouillé, souillé ou d'émettre une odeur due à l'incontinence |           |       |         |        |
| Physique  | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| Éprouve des difficultés à marcher   |           |       |         |        |
| Démarche anormale   |           |       |         |        |
| Semble éprouver des douleurs  |           |       |         |        |
| Apparears to have pain  |           |       |         |        |
| Changements d'expression du visage  |           |       |         |        |
| Changements dans les habitudes de sommeil   |           |       |         |        |
| Chutes (avec ou sans blessures)   |           |       |         |        |
| Augmentation des blessures non expliquées   |           |       |         |        |
| Errance et sécurité   | Quotidien | Hebdo | Mensuel | Jamais |
| N'est pas en sécurité près du four ou des surfaces chaudes                                |           |       |         |        |
| N'est pas en sécurité près de l'eau ou des robinets                                       |           |       |         |        |
| Tente de manger ce qui n'est pas comestible   |           |       |         |        |
| Se perd loin de chez eux/perd leur aidant lors de sorties                                 |           |       |         |        |
| Tente de quitter sa maison  |           |       |         |        |
| Conduit encore ou demande à conduire un véhicule  |           |       |         |        |

Autres préoccupations: \_\_\_\_\_

Complété par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Relation de l'aidant par rapport à la personne: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

*Étapes suivantes : Amenez ce formulaire chez votre médecin/lors de vos rendez-vous médicaux pour discuter des options de traitement possibles et des interventions. Actualisez ce formulaire tous les 30 jours ou lors d'un changement d'état important. Gardez les exemplaires classés par date pour vos dossiers.*





# Carnet Intime et réflexion

---

# Carnet intime



Il existe de nombreuses façons de réfléchir à votre parcours avec la démence.

Vous pouvez choisir d'utiliser ces pages de réflexion pour noter les activités qui se déroulent au cours d'une journée et vos sentiments à leur égard.

N'hésitez pas à enregistrer toutes les émotions que vous ressentez ; c'est un endroit où vous pouvez enregistrer des moments hauts et bas. Certaines personnes se sentent mieux ou plus en confiance lorsqu'elles écrivent ou dessinent des choses. D'autres aiment pouvoir regarder en arrière après un certain temps pour voir ce qu'ils ont ressenti dans le passé.











---

# Réflexion sur des moments joyeux

---



Si vous cherchez une occasion de vous concentrer sur les aspects positifs de votre parcours avec la démence, tenir un journal est un moyen.

Écrivez deux ou trois choses qui vous rendent heureux chaque jour avec ces pages.

Vous devriez écrire la date de chaque entrée.

Vous pouvez également utiliser les invites ci-dessous pour guider votre réflexion ou écrivez ce que vous avez dans le cœur.

- Décrivez un acte de gentillesse que vous avez vu aujourd'hui
- Notez votre souvenir préféré
- Décrivez une chose gentille qu'une personne a faite pour vous
- Dix choses que vous aimez chez votre conjoint, frère, mère, sœur, père, etc.





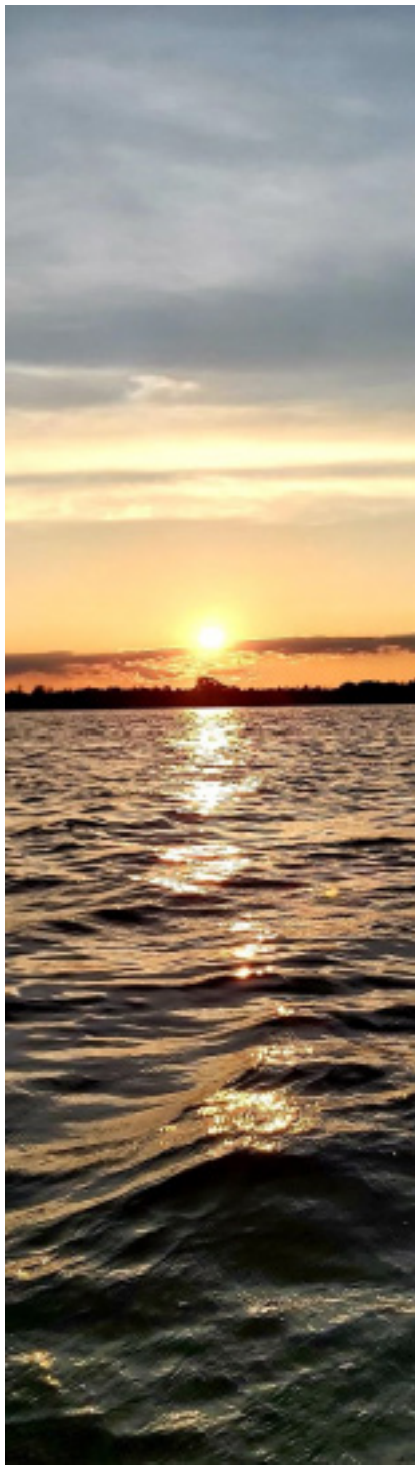




# Des outils pour mieux vivre avec la démence



# Apprendre ensemble tout au long du voyage



**Voici quelques ressources utiles à consulter pendant votre parcours:**

|   |   |
|---|---|
| Société Alzheimer du Canada   |    |
| SE Health's ELIZZ   |    |
| Alzheimer's Society UK Talking Point Forum                          |    |
| Formation particulière aux soins aux personnes atteintes de démence |   |
| Groupe de soutien de Toronto  |  |

**D'autres éléments de ce Journal pourraient inclure:**

- Fiches d'information concernant ce à quoi il faut vous attendre au cours de votre parcours
- Apparition des problèmes de mémoire
- Traiter les comportements déroutants/la violence/la sécurité
- Les symptômes complexes
- Les activités
- La communication
- Les finances/La procuration
- Comment gérer la détérioration ou une situation de crise particulière
- Demander des informations au sujet des services
- Soins de répit/fatigue de l'aidant
- Déclin de la santé du proche aidant
- Dénier des symptômes/refus de l'aide particulièrement dans les soins personnels
- Dynamique familiale

Du soutien est disponible auprès de votre Société Alzheimer locale:



Téléphone: \_\_\_\_\_ Site web: \_\_\_\_\_

---

# Calendrier des activités

Utilisez le calendrier des activités pour suivre les événements à venir liés aux soins, tels que les programmes de jour, les rendez-vous ou les groupes de soutien. Vous pouvez conserver un calendrier distinct pour chaque membre du cercle des soins.

Nom: \_\_\_\_\_

Année: \_\_\_\_\_

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin



---

# Calendrier des activités

Nom: \_\_\_\_\_

Année: \_\_\_\_\_

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre



---

# Avez-vous remarqué l'un de ces signes précurseurs?



Si votre santé cérébrale ou celle d'un proche vous préoccupe, il est important de connaître les signes précurseurs d'un trouble neurocognitif afin de pouvoir établir un diagnostic le plus tôt possible. Voici les 10 signes précurseurs les plus répandus.

Veuillez énumérer toutes vos préoccupations et apporter ces feuilles avec vous chez le médecin. Remarque: Cette liste est à titre informatif seulement et ne remplace pas une consultation avec un professionnel de soins de santé qualifié.

1. **DES MODIFICATIONS DE LA MÉMOIRE QUI AFFECTENT LA VIE QUOTIDIENNE.** Vous ou la personne que vous connaissez oubliez souvent certaines choses ou éprouvez des difficultés à retenir de nouvelles informations. Il est normal d'oublier parfois un rendez-vous, le nom d'un collègue ou un numéro de téléphone et de s'en souvenir un peu plus tard. En revanche, une personne atteinte d'un trouble neurocognitif oublie plus fréquemment ou éprouve des difficultés à se souvenir d'une information récente.

---

---

---

---

2. **DIFFICULTÉ À ACCOMPLIR DES TACHES FAMILIÈRES.** Vous ou la personne que vous connaissez oubliez comment vous acquitter d'une tâche habituelle, comme préparer un repas ou vous habiller. Il arrive aux gens très occupés d'être tellement distraits qu'ils oublient parfois de servir une partie du repas et de s'en souvenir que plus tard. En revanche, une personne atteinte d'un trouble neurocognitif peut avoir de la difficulté à s'acquitter de tâches qu'elle a accomplies toute sa vie, comme préparer un repas ou jouer à un jeu de société.

---

---

---

---



3. MODIFICATIONS DANS LE LANGAGE ET LA COMMUNICATION. Vous ou la personne que vous connaissez oubliez certains mots ou utilisez des mots qui n'ont rien à voir dans la conversation. Tout le monde peut avoir de la difficulté à trouver le mot juste, mais une personne atteinte d'un trouble neurocognitif peut oublier des mots simples ou utiliser un mot au lieu d'un autre, et se faire difficilement comprendre.

---

---

---

---

4. DÉSORIENTATION DANS LE TEMPS ET L'ESPACE. Vous ou la personne que vous connaissez avez des problèmes à retenir les jours de la semaine, ou vous vous perdez dans des endroits familiers. Avez-vous déjà oublié le jour de la semaine ou la raison pour laquelle vous êtes entré dans votre chambre? Cela nous arrive à tous. Cependant, les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif peuvent se perdre dans leur propre rue, ne sachant pas comment elles sont arrivées là ou comment rentrer chez elles.

---

---

---

---

5. JUGEMENT AFFAIBLI. Vous ou la personne que vous connaissez ne savez pas quand votre santé et votre sécurité sont exposées à un risque. Il arrive à tout le monde de prendre des mauvaises décisions, comme reporter un rendez-vous chez le médecin, même en cas de problème. En revanche, une personne atteinte d'un trouble neurocognitif peut avoir des difficultés à évaluer une situation ou à prendre une décision. Par exemple, elle pourrait ne pas reconnaître un problème de santé qui requiert une attention immédiate, ou porter des vêtements chauds en pleine canicule..

---

---

---

---



6. DIFFICULTÉS FACE AUX NOTIONS ABSTRAITES. Vous ou la personne que vous connaissez avez des problèmes à comprendre ce que signifient les symboles et les chiffres. N'importe qui peut rencontrer des difficultés à effectuer des opérations faisant appel à la pensée abstraite, comme gérer ses finances. Toutefois, une personne atteinte d'un trouble neurocognitif peut avoir de la difficulté à comprendre ce que représentent les chiffres et à quoi ils servent.

---

---

---

---

7. ÉGARER LES CHOSES. Vous ou la personne que vous connaissez rangez des objets là où ils ne devraient pas se trouver. N'importe qui peut égarer son porte-monnaie ou ses clés. Toutefois, une personne atteinte d'un trouble neurocognitif peut ranger des choses dans des endroits inappropriés. Par exemple, le fer à repasser dans le congélateur, ou une montre dans le sucrier..

---

---

---

---

8. CHANGEMENTS D'HUMEUR, DE PERSONNALITÉ ET DE COMPORTEMENT. Vous ou la personne que vous connaissez subissez de graves changements d'humeur. Il nous arrive à tous d'être triste et de mauvaise humeur, ou de nous comporter d'une manière inhabituelle. Mais une personne atteinte d'un trouble neurocognitif peut connaître des changements plus graves. Par exemple, elle peut rapidement se mettre à pleurer ou perdre son calme sans raison apparente. Elle peut être confuse, craintive, méfiante et s'isoler. Elle peut agir de manière différente à son comportement normal.

---

---

---

---



9. PERTE D'INTÉRÊT. Vous ou la personne que vous connaissez ne vous intéressez plus à vos amis, membres de votre famille et activités préférées. Il nous arrive à tous de nous lasser parfois du ménage, de notre travail ou de nos obligations sociales, mais nous finissons par retrouver notre enthousiasme. Cependant, une personne atteinte d'un trouble neurocognitif peut devenir passive et apathique, et avoir besoin d'encouragements pour s'impliquer dans ses activités.

---

---

---

---

10. DIFFICULTÉS À COMPRENDRE LES INFORMATIONS VISUELLES ET SPATIALE. Vous ou la personne que vous connaissez avez de la difficulté à percevoir les choses correctement. Ou à coordonner les informations visuelles et spatiales. Une personne atteinte d'un trouble neurocognitif peut avoir des problèmes de vision, de perception de la profondeur et de mouvement. Elle peut éprouver de la difficulté à se repérer dans son environnement ou à poser facilement et correctement des objets sur une table, comme un crayon ou une tasse. Un trouble neurocognitif peut parfois être à l'origine de ces problèmes, et il est important de consulter un médecin et un ophtalmologiste pour procéder à un examen..

---

---

---

---

This is an official publication of the Alzheimer's Association but may be distributed by unaffiliated organizations or individuals. Such distribution does not constitute an endorsement of these parties or their activities by the Alzheimer's Association.



# Remerciements

Nous aimerions reconnaître les contributions de tous ceux qui ont travaillé à la co-conception de ce journal. Ces gens étaient impliqués dans la conceptualisation de la toute première itération de ce journal en utilisant un langage plus accessible. Un remerciement particulier à:

Lori Palmer, Bloomington Cove Caregiver

Jemimah Piriavale, Bloomington Cove Caregiver

Peggy Robinson, Bloomington Cove Caregiver

Geddis Ruttan, Bloomington Cove Caregiver

Alexandria Hamilton, SE Health Care Provider

Jessica Abraham, Bloomington Cove Care Provider

Mona Imenpour, Bloomington Cove Care Provider

Praveena Sivabaalan, Bloomington Cove Care Provider

Amande van Amelsfort, Bloomington Cove Care Provider



Notre Journal de bord avec la démence a été créé avec le soutien et le financement de SE Health, la Société Alzheimer du Canada et de l'Agence de santé publique du Canada.

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.



*Société Alzheimer Society*  
CANADA



Public Health  
Agency of Canada

Agence de la santé  
publique du Canada

Ce prototype de notre Journal de bord de votre parcours avec la démence est fourni pour recueillir les commentaires et évaluer comment il peut être amélioré pour qu'il soit plus utile aux personnes atteintes de démence, leurs proches aidants et leurs fournisseurs de soins.

Si vous souhaitez reproduire n'importe laquelle des parties de notre Journal de bord de votre parcours avec la démence, veuillez contacter [research@sehc.com](mailto:research@sehc.com)