# Fiche d'aide au repérage des risques entre 70 et 75 ans

A compléter par le professionnel de santé

## Situation personnelle

**Date du rendez-vous :** ……

**Nom et prénom** : ……..……...

**Age** : ……..……...……..ans

**Genre** : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre

**Activité actuelle :** ……..……

☐ **Situation de handicap (MDPH)**

**Pression artérielle :** ……/ ..…mmHg

**IMC :** ……

☐ Maigreur ☐ Poids normal ☐ Surpoids ☐ Obésité ☐ Obésité morbide

**Médecin traitant** : ☐ Oui ☐ Non

*Si pas de médecin traitant, signaler, avec l'accord de la personne, la situation à la CPAM*

## Environnement social et familial

**La personne est en** : ☐ Situation d'aidant ☐ Situation d'isolement ☐ Perte d'autonomie

## Antécédents personnels et familiaux

### La personne est-elle suivie pour une de ces maladies ?

**Maladies cardiovasculaires/facteurs de risque** :

☐ Diabète
☐ Hypertension artérielle
☐ Hypercholestérolémie
☐ Insuffisance rénale chronique
☐ Insuffisance cardiaque
☐ Insuffisance coronarienne
☐ Accident vasculaire cérébrale

**Maladies respiratoires** :

☐ Asthme
☐ BPCO

**Maladies de l'intestin** :

☐ Maladie de crohn
☐ RCH
☐ Polypose adénomateuse familiale ou syndrome de Lynch

**Cancers** :

☐ Lequel : …….

**Autres maladies** :

☐ Ostéoporose
☐ Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
☐ Autres : ……

### La personne a-t-elle déjà réalisé une prise de sang et/ou urine ?

**Indiquer les dates / résultats** :

☐ Glycémie à jeun ……
☐ EAL ……
☐ HbA1c ……
☐ DFG ……
☐ BNP ……
☐ NT-proBNP ……..
☐ Rapport Albuminurie/créatininurie ……
☐ 25 (OH)D (vitamine D) : …….

### Y a-t-il des antécédents personnels et/ou familiaux connus dans la famille ?

☐ Cancer du sein
☐ Cas de cancer du sein et/ou des ovaires dans la famille
☐ Prédisposition génétique (BRCA 1, BRCA 2, …) chez la personne
☐ Irradiation thoracique à haute dose (« radiothérapie ») pour un lymphome de Hodgkin, chez la personne
☐ Cancer colorectal
☐ Un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polype adénomateux)
☐ Polypose adénomateuse familiale ou syndrome de Lynch
☐ Maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique, chez la personne

**Autres cancers** :

☐ Lequel : ……..

**Maladies cardiovasculaires (dans la famille) :**

☐ Diabète
☐ HTA
☐ Infarctus du myocarde ou mort subite
☐ Accident vasculaire cérébrale
☐ Hypercholestérolémie familiale

**Autres maladies (dans la famille)** :

☐ Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
☐ Ostéoporose
☐ Alzheimer
☐ Fracture du col du fémur chez un parent du 1er degré non liée à un traumatisme majeur

☐ Autres : …….

### La personne a été hospitalisée

**Précisez le motif** : ……..

## Santé et environnement

☐ **Si logement non-adapté à la personne à risque de perte d'autonomie** :

Précisez : ……..

# Fiche d'aide au repérage des risques entre 70 et 75 ans

A compléter par le professionnel de santé

## Etat de santé actuel

**Traitement médical du patient**
Lesquels : ……..
☐ Médicament ou association contre-indiquée
☐ Cas de polymédication
☐ Prise d'une corticothérapie ≥ 3 mois consécutif (> 7,5mg/jour, équivalent prednisolone)
☐ **Symptômes de ménopause avec effets négatifs sur la vie de tous les jours**
☐ **Si fractures du rachis et/ou du col du fémur, précisez si liées à un traumatisme majeur :** ……

**Activité physique** :
Si non, pourquoi : ……..

**Si variation de poids** :
Précisez : ……..

**Présence de signes d'insuffisance cardiaque** :
☐ Symptômes EPOF

**Si toux grasse qui ramène des crachats et/ou essoufflement prononcé** :
☐ EFR et/ou spirométrie déjà réalisées avant le bilan de prévention. Résultat : ……..
☐ Résultat de la spirométrie/débimétrie de pointe réalisée lors du bilan de prévention : ……

**Si pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil** :
☐ La personne est appareillée pour une apnée du sommeil
☐ Polysomnographie déjà réalisée avant le bilan de prévention

**Si la personne est une femme, âge de début de la ménopause :** …..

**Si ostéoporose** :
☐ Ostéodensitométrie réalisée

**Recherche de facteurs de risques de chute :**
☐ La personne présente des risques, précisez : ……..

**Si suspicion de DMLA :**
Si réalisé lors du bilan de prévention, résultat du test de AMLER : ……..

### Perte d'autonomie – évaluation des capacités intrinsèques (ICOPE)

**Capacités visuelles :**
☐ Résultat du tableau optométrique de l'OMS : …….....

**Capacités auditives :**
☐ Résultat du test de la voix chuchotée :.....
☐ Résultat avec l'audiométrie à 35 dB

**Capacités locomotrices :**
☐ Test de la chaise : La personne s'est levée de la chaise 5 fois en 14s

**Capacités cognitives** :
☐ Résultat du test des 3 mots réalisé : ……..
☐ Résultat du test d'orientation dans le temps et l'espace : ……

**Vitalité** :
☐ La personne a perdu avez-vous involontairement plus de 3 kg au cours des trois derniers mois
☐ La personne a connu une perte d'appétit

**Capacités psychologiques** :
Au cours des deux dernières semaines, le patient a été gêné par :
☐ La déprime ou le désespoir ?
☐ La perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?

**Proposition suivi ICOPE** ☐

## Vaccins et dépistages

☐ Vaccination(s) obligatoires manquante(s) à réaliser : ……
☐ Autres vaccinations recommandées (grippe, pneumocoque, Covid…) : …….
☐ Vaccin(s) réalisé(s) lors du bilan : …….
☐ Prescription remise si vaccin(s) non réalisé(s) lors du bilan de prévention. Lesquels : ……

**Explorations complémentaires souhaitables** :
☐ Mammographie de dépistage organisé du cancer du sein
☐ Test de dépistage organisé du cancer colorectal
☐ Dépistage du cancer du sein chez une personne à risque élevé/très élevé
☐ Dépistage du cancer colorectal chez une personne à risque élevé/très élevé
☐ Dépistage du diabète
☐ Dépistage de l'insuffisance rénale chronique
☐ HTA (pour objectif thérapeutique non atteint, diagnostic d'une HTA….)
☐ Bilan biologique, précisez : ……..
☐ Ostéodensitométrie
☐ Autres : ……

## Consommation d'alcool, tabac et autres substances

**Alcool** :
☐ >10 verres par semaine
*Résultat questionnaire FACE (HAS) :* ……

**Tabac** :
☐ Autotest BPCO HAS réalisé lors du bilan de prévention
☐ Spirométrie/débimétrie réalisée lors du bilan de prévention
*Résultat test de Fagerstrom simplifié (HAS) :* …….

**Autres substances** :
☐ Cannabis. *Résultat questionnaire CAST (HAS)* : …….
☐ Autres substances : …….
☐ Jamais de consommation
☐ Arrêt d'une consommation (précisez le produit et le motif de l'arrêt) : …….

**Médicaments addictogènes** :
☐ Anti-dépresseurs
☐ Tranquillisants ou anxiolytiques
☐ Somnifères
☐ Anti-douleurs

## Santé mentale, violences

**Si passage à la retraite mal vécu** :
*Précisez :* ……

**Si personne toujours active, conditions de travail pénibles** :
☐ Moralement
☐ Physiquement

**Si cas de violences (physiques, psychiques, humiliation…) :**
Précisez :
☐ A la maison
☐ Au travail
☐ Dans l'espace public
☐ Internet
☐ Evénements festifs (festivals, concerts…)
☐ Lieu de loisirs (lieu de vacances, camping, associations…)
☐ Autre : ……..

## Commentaires du professionnel de santé

……

……

## Décision partagée

### Thématique(s) priorisée(s) pour l'intervention brève (1 ou 2)

**1 :** …… **2 :** ……