

EPU « quoi de neuf en gériatrie » 2013

Do u speak « évaluation gériatrique »



Xavier GBAGUIDI

Consultation de contrôle d'un stimulateur cardiaque

Stimulateur cardiaque, SORIN double chambre DDI

Télémetrie :

Atrium impédance : 341 OHM. Détection : 2,4 - 7,1 mV; seuil : 0,75 V.

Ventricule Impédance à 1000 OHM. Détection : 5 mV; seuil : 2,75 V.

Seuil ventriculaire élevé avec maintien d'une amplitude de stimulation à 5 V.

Amplitude de stimulation à 2,5 V maintenue dans l'oreillette avec 19% de stimulation.

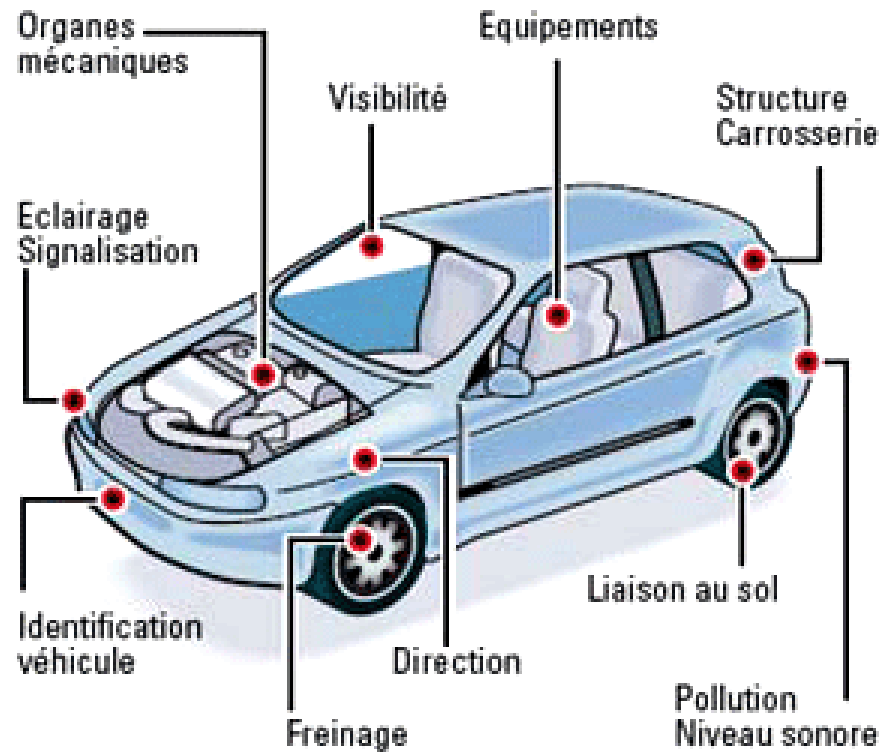


CONCLUSION

- Bon fonctionnement
- Durée de vie estimée du stimulateur cardiaque > 10 ans.
- Contrôle dans 1 an.



Evaluation gérontologique : une sorte de contrôle technique



EXEMPLAIRE EEMS A L'USAGER N° D

PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE TECHNIQUE

NATURE DU CONTRÔLE	DATE DU CONTRÔLE	N° DU PROCÈS-VERBAL
CONTRÔLE INITIAL PROCÈS-VERBAL N° _____ EEMS N° / INSTALLATION N° _____ DATE : _____		RÉSULTATS DU CONTRÔLE / DÉFAUTS CONSTATÉS Défaits à corriger avec obligation d'une contre-visite Défaits à corriger sans obligation d'une contre-visite Mesures
IDENTIFICATION DE L'INSTALLATION DE CONTRÔLE <small>RELEVÉ DES ADRESSES AUTORISÉES</small> N° D'ACCÈSMENT : _____ NOM DU CENTRE : _____ ADRESSE : _____		
IDENTITÉ DU CONTRÔLEUR		
CACHET DU CENTRE	VISA DU CONTRÔLEUR	
IDENTIFICATION DU VEHICULE (*) N° d'immatriculation : _____ Date : _____ Date 1 ^{re} mise en circulation : _____ Categorie : _____ Marque : _____ Type : _____ N° dans la série de type : _____ Energie : _____ Puissance : _____ Kilométrage mesuré au compteur : _____ Description Carrosserie du véhicule : _____ <small>(*) Informations reprises sur le certificat d'immatriculation du véhicule</small>		
PROPRIÉTAIRE Nom, Prénom : _____ Domicile : _____ Code Postal - Commune : _____		
NATURE ET DATE DE LA PROCHAINE VISITE		
<small>Note et signature de la personne ayant présenté le véhicule à la visite et qui reconnaît pour ses connaissances des défaits.</small>		
INFORMATIONS IMPORTANTES AU VISIO		

Chute

DMLA, lacunes capsulaires, bromazepam,

tapis, chien, chat ; A M : 3 passages par jour

MMSE 15 / 30 rappel 3 mots 0/3, IADL 0/8; ADL 5,5/6

rigidité axiale, rétropulsion, appui bipodal augmenté

Vitesse de marche 2 m/s, TUG > 20 s, mauvais chaussant

albuminémie = 28 g/l

Syndrome démentiel dégénératif

CONCLUSION



EHPAD de précaution recommandée

Kinésithérapie posturale et motrice

soutien nutritionnel



DMLA

vois mal

bromazepam

Brouilleur de radar

tapis, chien, chat

déclencheur de chute n°1, 2 et 3

A M : 3 passages par jour

Temps au sol max

MMSE 15 / 30 rappel 3 mots 0 / 3, IADL 0 / 8
lacunes capsulaires,

cerveau abîmé

ADL 5,5 / 6

Encore actif

Rigidité axiale, rétropulsion,
appui bipodal augmenté

Marche vraiment mal

Vitesse de marche 2 m/s, TUG > 20 s,
mauvais chaussant

va retomber

albuminémie = 28 g/l

pas de muscles

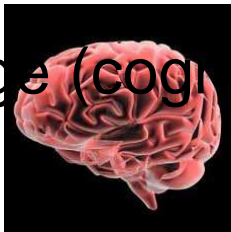
Vérifications

Propositions

Diagnostic

Outils

Pilotage (cognition)



TRT, suivi EHPAD

Démence

MMSE, horloge, IADL

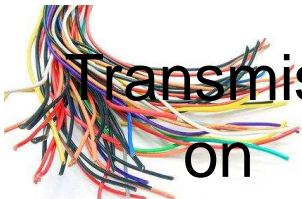
Visibilité



TRT, adaptation environnement

DMLA

Transmission



Médicaments

Syndrome extrapyramidal vasculaire

Médicaments Examen clinique

équilibre
Puissance



Kinésithérapie

Désadaptation posturale

imagerie
Nutrition

Soutien nutritionnel

Dénutrition

vitesse de march
TUG

Chaussures adaptées

Liaison au sol



Chaussage

PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE TECHNIQUE

NATURE DU CONTRÔLE		DATE DU CONTRÔLE	N° DU PROCÈS-VERBAL
CONTRÔLE INITIAL		RÉSULTATS DU CONTRÔLE : DÉFAUTS CONSTATÉS	
PROCÈS-VERBAL N° ÉMISE À L'INSTALLATION N° DATE		Défauts à corriger avec obligation d'une contre-visite	
IDENTIFICATION DE L'INSTALLATION DE CONTRÔLE <small>RELEVÉ SANTE VEHICULAIRE AUTOCOLLÉ</small>			
N° D'AGREMENT NOM DU CENTRE ADRESSE			
IDENTITÉ DU CONTRÔLEUR		Défauts à corriger sans obligation d'une contre-visite	
CADRE DU CENTRE	VISA DU CONTRÔLEUR	Mesures	
IDENTIFICATION DU VÉHICULE (*)			
N° d'immatriculation	Date	Date (** non en circulation)	
Genre	Marque	Type	
N° dans la série du type	Énergie	Puissance	
Kilométrage inscrit au compteur	Désignation	Caractéristique du véhicule	
(*) Indications reprises sur le certificat d'immatriculation du véhicule			
PROPRIÉTAIRE			
Nom, Prénom Domicile Code Postal - Commune			
NATURE ET DATE DE LA PROCHAINE VISITE			
Nom et signature de la personne ayant présenté le véhicule à la visite et qui reconnaît avoir pris connaissance des résultats			
INFORMATIONS IMPORTANTES AU VUSO			

Syndrome démentiel

Désadaptation posturale
Dénutrition

Traitement
médicamenteux
spécifique
Mesures sociales
Kinésithérapie
Nutrition



Route calme, pour auto fragile



Route agitée pour auto robuste



INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL). VERSION COURTE			Valeur	SCORE
Téléphone	Se sert normalement du téléphone	1	/1	
	Ou Compose quelques numéros très connus	1		
	Ou Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1		
	N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0		
	Ou Incapable d'utiliser le téléphone	0		
Score maxi : 1 pt				
Moyens de transport	Utilise les moyens de transport public de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	/1	
	Ou organise ses déplacements en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public	1		
	Ou utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1		
	Déplacements limités en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un	0		
Score maxi : 1 pt				
Traitement	Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	1	/1	
	Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	0		
	Ou Est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	0		
Score maxi : 1 pt				
Manipuler l'argent	Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	NA	/1	
	Gère ses finances de façon autonome	1		
	Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1		
	Incapable de manipuler l'argent	0		
Score total (maxi 4 pts) :			/4	

Caractéristique Anormale	OUI	NON
A : Autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B : BMI – (état nutritionnel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C : Comorbidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D : Drugs – (médicaments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E* : Equilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F : Fonctions cognitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
BMI (IMC marqueur de l'état Nutritionnel)		
Amaigrissement (involontaire) ≥ 10 % du poids en 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ou BMI (IMC en français) (poids/taill ²) < 18,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comorbidité (≥ 3 conditions)		
<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance cardiaque Insuffisance respiratoire chronique Insuffisance rénale chronique (cl Créatinine ≤ 30 ml/mn) Diabète Dépression- Anxiété ≥ 2 hospitalisations non programmées ≤ 6 mois 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Drugs » (Médicaments)		
≥ 10 médicaments par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibre. Marche. Fracture*		
Une chute (au moins) au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitesse de marche sur 4 mètres < 0.65 m/seconde (soit ≥ 6 secondes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent fracture (poignet, rachis, col fémoral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* : si au moins une des 3 conditions est présente, le statut d'équilibre postural doit être considéré comme anormal		
Fonctions cognitives		
<ul style="list-style-type: none"> Troubles cognitifs patents Ou Minicog pathologique, épreuve associant : <ul style="list-style-type: none"> - Rappel libre immédiat des 3 mots (non côté). ex : clé-citron-ballon - Test de l'horloge : présenter sur une feuille un cercle de 10 cm de diamètre et demander au sujet de : <ol style="list-style-type: none"> 1) placer tous les chiffres des heures. 2) dessiner 2 aiguilles en indiquant une heure sur 2 quadrants opposés (ex : 15 h 45). Notation : 2 si totalement réussi, 0 autrement - Rappel différé des 3 mots, éventuellement avec indiciage : 0, 1, 2 ou 3 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score global du Minicog : 5 points (un point par mot rappelé et 2 points pour l'horloge réussie, valeur seuil pathologique < 3 pts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maintenant lorsque vous direz que :

votre patient à un problème de trajectoire à la marche...

...qu'il doit aller chez « l'ophtalmo » pour changer le pare
brise, revoir l'équipement dentaire pour la nutrition...

...qu'il faut réévaluer la « pollution » médicamenteuse ...

...que son ADL va en prendre un coup à la prochaine chute
déjà que vous avez un doute sur l'IADL depuis que c'est son
épouse et non plus lui, qui règle la consultation...

Alors vous parlez évaluation gériatrique !!!

MERCI

