

Oui Non

LISTE DE VÉRIFICATION



- Êtes-vous presque toujours fatigué?
- Ressentez-vous des engourdissements, des fourmillements ou des douleurs continues?
- Êtes-vous souvent constipé?
- Avez-vous, vous ou votre partenaire de soins, remarqué des changements dans votre façon de penser, p. ex. dans la résolution de problèmes ou la mémoire?
- Les gens ont-ils de la difficulté à vous comprendre lorsque vous parlez?
- Avez-vous des difficultés à avaler votre nourriture?
- Vous arrive-t-il de vous assoupir pendant que vous êtes en pleine action (p. ex. en mangeant ou en discutant)?
- Votre écriture a-t-elle changé au cours des six derniers mois?
- Êtes-vous tombé au cours des six derniers mois? Dans l'affirmative, combien de fois?
- Vous arrêtez-vous brusquement quand vous marchez?
- Avez-vous, vous ou votre partenaire de soins, remarqué des changements dans votre capacité à conduire une voiture?
- Votre partenaire a-t-il (elle) remarqué si vous aviez des rêves violents?
- Vous arrive-t-il d'être triste durant plusieurs jours de suite?
- Constatez-vous des changements dans votre sexualité (p. ex. absence d'intérêt, de performance ou intérêt accru)?
- Vos médicaments sont-ils plus lents à faire effet?
- Avez-vous remarqué si vos médicaments font effet moins longtemps?
- Avez-vous des problèmes urinaires?
- Êtes-vous étourdi quand vous vous levez d'un fauteuil ou que vous sortez du lit?
- Avez-vous, vous ou votre partenaire de soins, remarqué si vous magasinez davantage ou si vous avez de la difficulté à résister à l'achat de billets de loterie?
- Avez-vous remarqué un changement de votre odorat?