

NPI

A. IDEES DELIRANTES

«Le patient/ la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ?

Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses.»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Le/la patient/e croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le/la patient/e croit-il/elle que les autres le/la volent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le/la patient/e croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le/la patient/e croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le/la patient/e croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le/la patient/e croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/ la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans les magazines sont réellement présentes dans sa maison ? (Essayez-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes.

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le/la patient/e	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le/la patient/e	<input type="checkbox"/>	2
Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement (l'utilisation de médicaments "à la demande" indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important)	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

B. HALLUCINATIONS

«Le/la patient/e a-t-il/elle des hallucinations ?

Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses, par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le/la patient/e voit ou entend vraiment des choses anormales.»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Le/la patient/e dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le/la patient/e parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le/la patient/e dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes, des animaux, des lumières, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le/la patient/e dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le/la patient/e dit-il/elle ressentir des choses sur la peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e dit-il/elle avoir des goût dans la bouche dont on ne connaît pas la cause ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le/la patient/e décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations.

FREQUENCE

«Maintenant, je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est . . .»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est . . .»

Léger : les hallucinations sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le/la patient/e.	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : les hallucinations sont éprouvantes et perturbantes pour le/la patient/e	<input type="checkbox"/>	2
Important : les hallucinations sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement. Il peut se révéler nécessaire d'administrer des médicaments "à la demande" pour les maîtriser.	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

C. AGITATION/AGRESSIVITE

«Y 'a-t-il des périodes pendant lesquelles le/la patient/e refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Le/la patient/e est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essaient de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le/la patiente/ est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le/la patient/e est-il/elle peu coopératif (ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le/la patient/e a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le/la patient/e crie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pied dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le/la patient/e essaye-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le/la patient/e montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation.

FREQUENCE

«Maintenant, je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : ce comportement est éprouvant pour le/la patient/e mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du/de la patient/e vers autre chose en le/la rassurant.	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : ce comportement est éprouvant pour le/la patient/e ; les symptômes sont exprimés spontanément par le/la patient/e et sont difficiles à soulager.	<input type="checkbox"/>	2
Important : l'agitation est très perturbante pour le/la patient/e et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le/la patient/e ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire.	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

D. DEPRESSION/DYSPHORIE

«Le/la patient/e semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle se sentir triste ou déprimé(e) ?»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Y- a-t-il des périodes pendant lesquelles le/la patient/e pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le/la patient/e dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le/la patient/e se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le/la patient/e dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le/la patient/e semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e dit-il/elle qu'il/elle est un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le/la patient/e montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'état dépressif est éprouvant pour le/la patient/e mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du/de la patient/e vers autre chose en le/la rassurant.	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : l'état dépressif est éprouvant pour le/la patient/e ; les symptômes sont exprimés spontanément par le/la patient/e et sont difficiles à soulager.	<input type="checkbox"/>	2
Important : l'état dépressif est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le/la patient/e.	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il émotionnellement pénible ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

E. ANXIETE

«Le/la patient/e est -t -il/elle très nerveux(se), inquiet(ètee) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le/la patient/e a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Le/la patient/e dit-il/elle se faire du souci au sujet des événement qui sont prévus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles Le/la patient/e se sent nerveux(se), incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le/la patient/e a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le/la patient/e se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le/la patient/e évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/elle) ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e) ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le/la patient/e montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'état d'anxiété est éprouvant pour le/la patient/e mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du/de la patient/e vers autre choses en le/la rassurant.	<input type="checkbox"/>	1
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	---

Moyen : l'état d'anxiété est éprouvant pour le/la patiente/e ; les symptômes d'anxiété sont exprimés spontanément par le/la patient/e et sont difficiles à soulager.	<input type="checkbox"/>	2
Important : l'état d'anxiété est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le/la patient/e.	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous sur le plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

«Le/la patient/e semble-t-il/elle trop joyeux ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le/la patient/e présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres.»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Le/la patient/e semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux (se) par rapport à son état habituel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le/la patient/e semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le/la patient/e raconte-t-il/elle es blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e se vante-t-il/elle ou prétend il/elle avoir plus de qualités ou de biens qu'il/elle n'en a en réalité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux(se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur/euphorie.

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'humeur joyeuse est perçue par la les amis et la famille mais ne perturbe pas le /la patient/e.	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : l'humeur joyeuse est nettement anormale.	<input type="checkbox"/>	2
Important : l'humeur joyeuse est très prononcée ; le/la patient/e est euphorique et pratiquement tout l'amuse	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous sur le plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

G. APATHIE / INDIFFERENCE

«Le/la patient/e a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il/elle devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ?»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Le/la patient/e semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif (ve) que d'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le/la patient/e est-t-il/elle moins enclin (e) à engager une conversation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Par rapport à son état habituel ; le/la patient/e se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le/la patient/e participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le/la patient/e semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et les membres de sa famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le/la patient/e est-t-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêts habituels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le/la patient/e montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activités nouvelle ne l'intéresse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie/indifférence.

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'apathie est perceptible mais a peu de conséquences sur les activités quotidiennes ; la différence est légère par rapport au comportement habituel du/de la patient/e ; le/la patient/e réagit positivement lorsqu'on lui suggère d'entreprendre des activités.	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : l'apathie est flagrante ; elle peut être surmontée grâce aux persuasions et encouragements de la personne s'occupant du/de la patient/e : elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.	<input type="checkbox"/>	2
Important : l'apathie est flagrante et la plupart du temps aucun encouragement ni événement extérieur ne parvient à la faire disparaître.	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous sur le plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

H. DESINHIBITION

«Le/la patient/e semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ?»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Le/la patient/e agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le/la patient/e parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le/la patient/e dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le/la patient/e dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le/la patient/e parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général, en public ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e prend-t-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les embrasse-t-il/elle d'une façon qui lui ressemble peu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le/la patiente montre -t- il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôles de ses impulsions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition.

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'impulsivité est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du/de la patient/e vers autre chose en le/la conseillant.	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : l'impulsivité est flagrante et peut difficilement être surmontée par la personne s'occupant du /de la patient/e.	<input type="checkbox"/>	2
Important : l'impulsivité est insensible à toute intervention de la personne s'occupant du/de la patient/e.	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous sur le plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

I. IRRITABILITE / INSTABILITE DE L'HUMEUR

«Le/la patient/e est -t-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber? Est-il/elle d'humeur très changeante? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité à effectuer des tâches ordinaires. Ce que je voudrais savoir, c'est si le/la patient/e fait preuve d'une irritabilité et d'une impatience anormales ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Le/la patient/e a-t-il/elle mauvais caractère? Est-ce qu'il/elle "sort de ses gonds" facilement pour des petits riens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le/la patient/e a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le/la patient/e a-t-il/elle des brusques accès de colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le/la patient/e est -t-il/elle grincheux(se) et irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Le/la patiente montre -t- il/elle d'autres signes d'irritabilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité/instabilité de l'humeur...

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du/de la patient/e vers autre chose en le/la rassurant.	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes et peuvent difficilement être surmontées par la personne s'occupant du /de la patient/e.	<input type="checkbox"/>	2
Important : l'irritabilité ou l'instabilité d'humeur sont flagrantes ; elles sont généralement insensibles à toute intervention de la personne s'occupant du/de la patient/e et sont très éprouvantes.	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous sur le plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

«Le/la patient/e fait -t- il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil?»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Oui 1	Non 0
1. Le/la patient/e tourne-t-il/elle en rond dans la maison sans but apparent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le/la patient/e farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le/la patient/e n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le/la patient/e a-t-il/elle des activités répétitives ou des "manies" qu'il/elle recommence sans cesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Le/la patient/e a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le/la patient/e a-t-il/elle la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Y a-t-il d'autres activités que le/la patient/e ne cesse de répéter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant.

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : le comportement moteur aberrant est perceptible mais il a peu de conséquences sur les activités quotidiennes du/de la patient/e.	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : le comportement moteur aberrant est flagrant mais il peut être maîtrisé par la personne s'occupant du/de la patient/e.	<input type="checkbox"/>	2
Important : le comportement moteur est flagrant ; il est généralement insensible à toute intervention de la personne s'occupant du/de la patient/e et est très éprouvant.	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous sur le plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

K. SOMMEIL

«Est-ce que le/la patient/e a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ?

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Cochez (X)
---------------------------	------------

	Oui 1	Non 0
1. Est-ce que le/la patient/e éprouve des difficultés à s'endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que le/la patient/e se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le/la patient/e se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que le/la patient/e erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est ce que le/la patient/e vous réveille durant la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est ce que le/la patient/e se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est ce que le/la patient/e se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Est ce que le/la patient/e dort de manière excessive pendant la journée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est ce que le/la patient/e a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil.

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs.	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbe le patient et le sommeil de la personne s'occupant du/de la patient/e. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présent.	<input type="checkbox"/>	2
Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil de la personne s'occupant du/de la patient/e est nettement perturbé (de façon importante).	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous sur le plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

L. APPETIT/TROUBLES DE L'APPETIT

«Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ?»

Non : passez à la section suivante **Oui** : posez les questions complémentaires ci-dessous **NA**

Questions complémentaires	Oui 1	Non 0
1. Est-ce qu'il/elle a perdu l'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce qu'il/elle a plus d'appétit qu'avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce qu'il/elle a maigri ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce qu'il/elle a grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce qu'il/elle a eu un changement dans son comportement alimentaire comme de mettre par exemple trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce qu'il/elle a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par exemple : . trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Est-ce qu'il/elle a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est ce qu'il y a eu d'autres changements dans son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant.

FREQUENCE

«Maintenant, Je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).Diriez-vous qu'elles se produisent...»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITE

«Maintenant, Je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le/la patient/e ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbant	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids	<input type="checkbox"/>	2
Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents et entraînent des fluctuations de poids, sont embarrassants, et d'une manière générale perturbent le patient.	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous sur le plan émotionnel ? (pour vous en tant que soignant, entourage) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0	Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Minimum	<input type="checkbox"/>	1	Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Légèrement	<input type="checkbox"/>	2	Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

SCORE		
Fréquence	Sévérité	Retentissement sur aidant
1 = Occasionnel – moins d'une fois par semaine	1 = léger – peu de retentissement	0 = pas de retentissement
2 = parfois – environ une fois par semaine	2 = Modéré – retentissement mais action aidant	1 = Minime
3 = Fréquent – plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3 = Sévère – très perturbant insensible à action aidant	2 = léger
4 = très fréquent – tous les jours ou continu		3 = Modéré
		4 = Modérément sévère
		5 = très sévère ou extrême

Pour chaque item, entourer le nombre correspond (fréquence, sévérité, et retentissement sur aidant. Si un item ne peut être évalué, ou si le clinicien pense que les réponses données sont invalides, la section concernée doit être cotée «NA»

Symptômes	N/A	Absent	Fréquence	Sévérité	Retentissement sur aidant
1. Délire	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
2. Hallucinations	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
3. Agitation	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
4. Dépression	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
5. Anxiété	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
6. Exaltation / Euphorie	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
7. Apathie	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
8. Désinhibition	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
9. Irritabilité / Labilité	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
10. Comportement moteur aberrant	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
11. Troubles du sommeil	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
12. Modification appétit, comportement alimentaire	9	0	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5