



Mini-examen de l'état mental

Le mini-examen de l'état mental de Folstein (en anglais Folstein Annotated Mini Mental State Examination) doit être administré conformément aux lignes directrices contenues dans l'Instructions for Administration & Scoring Manual.

À titre de rappel : Ne pas donner d'indice au patient/client.
Poser les questions tel quel; ne pas faire de substitution.
Le total du pointage est de 30.
Seul le client répond aux questions de l'examen. (À l'exception de la liste de vérification à la fin de l'examen)
Si le client n'a pu répondre aux questions exigeant un Oui ou un Non, ne rien écrire et ajouter des commentaires dans l'espace réservé à cette fin.



THE ANNOTATED MINI MENTAL STATE EXAMINATION (AMMSE)

Nom du (de la) client(e)	Âge	Date de l'examen
Nom de l'examineur(trice)	N° de dossier	Années d'études

S'adresser au (à la) client(e) avec respect et encouragement.

Lui demander : Avez-vous de la difficulté avec votre mémoire? Oui Non

Puis-je vous poser des questions à ce sujet? Oui Non

COTÉ ITEM

- 5 () NOTION DU TEMPS
Demandez : Quel(le) est l'année _____ (1), la saison _____ (1), le mois de l'année _____ (1), la date _____ (1), le jour de la semaine _____ (1)?
- 5 () NOTION DE L'ENDROIT
Demandez : Où sommes-nous présentement? province _____ (1), ville _____ (1), partie de la ville _____ (1), édifice _____ (1), étage de l'édifice _____ (1)?
- 3 () MÉMORISATION DE TROIS MOTS
Dites : Écoutez attentivement. Je vais dire trois mots. Vous les répérez après moi. Êtes-vous prêt(e)? Les voici... PONY (attendez 1 seconde), QUART (attendez 1 seconde), ORANGE (attendez une seconde). Quels étaient ces mots? _____ (1) _____ (1) _____ (1)
Donnez 1 point pour chaque bonne réponse et répétez l'exercice jusqu' à ce que le (la) client(e) soit en mesure de les dire.
- 5 () TEST D'ATTENTION ET DE CALCUL EN UTILISANT LA SÉRIE DE 7
Demandez : Soustraire le chiffre 7 de 100 et continuer à soustraire 7 de chaque réponse suivante jusqu' à ce que je vous dise d'arrêter. Quel est le résultat de 100 moins 7 _____ (1)
Dites : Continuez. _____ (1) _____ (1) _____ (1) _____ (1)
- 3 () RAPPEL DES TROIS MOTS
Demandez : Quels sont les trois mots que je vous ai demandé de vous rappeler?
Allouez un point pour chaque bonne réponse _____ (1) _____ (1) _____ (1)
- 2 () TEST D'APPELLATION
Demandez : Quel est cet objet? (Montrez un cravon) _____ (1)
Quel est cet objet? (Montrez une montre) _____ (1)
- 1 () RÉPÉTITION
Dites : Je vais maintenant vous demander de répéter après moi. Êtes-vous prêt(e)? Pas de mais ni de si.
Maintenant, répétez. _____ (1)

3 () COMPRÉHENSION

Dites : Écoutez attentivement car je vais vous demander de faire quelque chose.
Tenez ce papier dans votre main gauche, (1) pliez-le en deux (1) et déposez-le sur le plancher. (1)

1 () LECTURE

Dites : Veuillez lire ce qui suit et faites ce que le message demande, mais ne le dites pas tout haut.

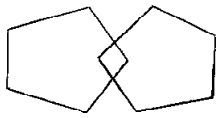
Fermez les yeux

1 () APTITUDE À ÉCRIRE

Dites : Veuillez écrire une phrase. Si le (la) client(e) ne réagit pas, demandez-lui d'écrire à propos de la température. (1)

1 () APTITUDE À DESSINER

Dites : Veuillez copier ce dessin.



NOTE TOTALE _____

Commentaires _____

LISTE DE CONTRÔLE ADDITIONNELLE

Évaluez le niveau de conscience selon un continuum. Alerte Somnolence Stupeur Coma

	OUI	NON		OUI	NON
Coopératif(tive) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Détérioration depuis dernier niveau de fonctionnement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déprimé(e) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux de démence :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impatient(e) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatisme à la tête :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faible vision :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accident cérébrovasculaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition réduite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abus de l'alcool :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langue maternelle : _____			Maladie de la thyroïde :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FONCTIONNEMENT PAR PROCURATION

Veuillez inscrire la dernière date à laquelle le (la) client(e) a été en mesure d'effectuer les tâches suivantes.
Demandez au dispensateur de soins si le (la) client(e) peut agir de façon autonome avec :

	OUI	NON	DATE		OUI	NON	DATE
Argent :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Transport :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Médicaments :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Téléphone :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Les droits d'auteur du Mini-examen de l'état mental sont entièrement détenus par le MiniMental LLC, une entreprise du Massachusetts à responsabilité limitée. Pour des renseignements sur l'obtention de la permission d'utiliser ou de reproduire le Mini-examen de l'état mental, veuillez contacter John Gonsalves Jr., administrateur du MiniMental LLC, au 31, av. St. James, suite 1, Boston, Massachusetts 02116 - (617) 587-4215.

Signature	Date
-----------	------