

**QUESTIONNAIRE
D'AUTO-ÉVALUATION
DE LA MÉMOIRE
(Q. A. M.)**

À REMETTRE AU PATIENT

M. Van der Linden
Ch. Wyns
F. Coyette
R. von Frenckell
X. Seron

Le Questionnaire se subdivise en dix rubriques.

Pour chaque rubrique, nous vous demandons tout d'abord de lire attentivement toutes les questions avant de répondre à chacune d'elles en particulier.

Sur la grille de notation en face de la question, cochez le cercle (O) correspondant à la fréquence de l'oubli envisagé par la question.

EXEMPLE :

.....	<input type="radio"/>	jamais	<input type="radio"/>	très rarement	<input checked="" type="radio"/>	parfois	<input type="radio"/>	souvent	<input type="radio"/>	très souvent	<input type="radio"/>	toujours
-------	-----------------------	--------	-----------------------	---------------	----------------------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	--------------	-----------------------	----------

Veuillez répondre à toutes les questions sans en omettre aucune.
Remplissez ce questionnaire dans l'ordre proposé.
Ne revenez jamais en arrière.

INFORMATIONS GENERALES

Nom
Prénom
Age
Sexe
Profession
Etudes

Si vous avez plus de 60 ans :

Vivez-vous seul ? oui / non
Vivez-vous en famille ? oui / non
Vivez-vous dans un home ? oui / non

**PENSEZ-VOUS AVOIR DES PROBLÈMES DE MÉMOIRE
DANS LA VIE QUOTIDIENNE ?**

(Entourez votre réponse)

JAMAIS - TRÈS RAREMENT - PARFOIS - SOUVENT - TRÈS SOUVENT - TOUJOURS

**VIII OUBLIS CONCERNANT CERTAINES ACTIONS
À EFFECTUER**

- | | jamais | très rarement | parfois | souvent | très souvent | toujours |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Oubliez-vous de faire quelque chose que vous aviez prévu d'effectuer ? | <input type="radio"/> |
| 2. Oubliez-vous de dire quelque chose que vous aviez prévu de dire ? | <input type="radio"/> |
| 3. Oubliez-vous des rendez-vous ? | <input type="radio"/> |
| 4. Vous arrive-t-il d'hésiter sur le fait que vous avez déjà effectué quelque chose il y a quelques minutes, ce qui vous amène à le refaire ? | <input type="radio"/> |
| 5. Vous arrive-t-il d'hésiter sur le fait que vous aviez déjà effectué quelque chose il y a quelques jours, ce qui vous amène à le refaire ? | <input type="radio"/> |
| 6. Oubliez-vous de prendre des médicaments ? | <input type="radio"/> |
- (Ne répondez à cette question que si vous en prenez régulièrement).*

**IX OUBLIS CONCERNANT QUELQUES FAITS RELATIFS
À VOTRE VIE PERSONNELLE**

- | | jama | très rarement | parfois | souvent | très souvent | toujours |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Oubliez-vous des événements anciens personnellement vécus il y a quelques années ? | <input type="radio"/> |
| 2. Oubliez-vous des événements récents personnellement vécus il y a quelques jours ou il y a quelques semaines ? ... | <input type="radio"/> |
| 3. Vous arrive-t-il d'acheter des objets (<i>par exemple, des livres, des outils, des aliments, etc...</i>) qui font double emploi parce que vous avez oublié que vous les possédiez déjà ? | <input type="radio"/> |
| 4. Hésitez-vous à acheter quelque chose parce que vous n'êtes plus certain de la posséder déjà ? | <input type="radio"/> |
| 5. Avez-vous des difficultés à vous souvenir d'informations qui vous sont personnelles et que vous connaissez par cœur ? | <input type="radio"/> |
| <i>(Par exemple, le numéro de votre compte en banque, votre numéro de téléphone, des dates de naissance, etc...).</i> | | | | | | |
| 6. Avez-vous des difficultés à apprendre par cœur de nouvelles informations qui vous sont personnelles ? | <input type="radio"/> |
| <i>(Par exemple, un nouveau numéro de compte en banque, un nouveau numéro de téléphone, etc...).</i> | | | | | | |

**PENSEZ-VOUS AVOIR DES PROBLÈMES DE MÉMOIRE
DANS LA VIE QUOTIDIENNE ?**

(Entourez votre réponse)

JAMAIS - TRÈS RAREMENT - PARFOIS - SOUVENT - TRÈS SOUVENT - TOUJOURS

X SUITE

- | | jamais | très rarement | parfois | souvent | très souvent | toujours |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 12. Avez-vous davantage de difficultés à vous souvenir de quelque chose lorsque vous devez vous souvenir de plusieurs choses en même temps ? | <input type="radio"/> |
| 13. Avez-vous davantage de difficultés à apprendre quelque chose lorsque vous êtes occupé à faire autre chose ? | <input type="radio"/> |
| 14. Avez-vous davantage de difficultés à vous souvenir de quelque chose lorsque vous êtes occupé à faire plusieurs choses à la fois ? | <input type="radio"/> |

Fin du questionnaire

