

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

**À REMETTRE AU PROCHE PARENT**

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

Le Questionnaire se divise 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.

Il s'agit d'évaluer la mémoire de votre conjoint ou de votre parent.

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 :

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

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

---

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom du patient / de la patiente .....

Prénom du patient / de la patiente .....

Nombre d'heures, en moyenne, par jour, que vous passez  
avec le patient / la patiente .....

Lien entre la personne qui remplit le présent questionnaire et le patient / la patiente :

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| - Époux / épouse          | - Beau-fils / Belle-fille |
| - Sœur / Frère            | - Ami / Amie              |
| - Fils / Fille            | - Organisme extérieur     |
| - Beau-frère / Belle-sœur | - Autre                   |

**A-T-IL / A-T-ELLE 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. Oublie-t-il / elle de faire quelque chose qu'il / elle avait prévu d'effectuer ? .....  | <input type="radio"/> |
| 2. Oublie-t-il / elle de dire quelque chose qu'il / elle avait prévu de dire ? .....   | <input type="radio"/> |
| 3. Oublie-t-il / elle des rendez-vous ? .....  | <input type="radio"/> |
| 4. Lui arrive-t-il d'hésiter sur le fait qu'il / elle a déjà effectué quelque chose il y a quelques minutes, ce qui l'amène à le refaire ? ..... | <input type="radio"/> |
| 5. Lui arrive-t-il d'hésiter sur le fait qu'il / elle a déjà effectué quelque chose il y a quelques jours, ce qui l'amène à le refaire ? .....   | <input type="radio"/> |
| 6. Oublie-t-il / elle de prendre des médicaments ? .....   | <input type="radio"/> |
| <i>(Ne répondez à cette question que s'il / si elle en prend régulièrement).</i>   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |

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

- |  | jamaï                 | très rarement         | parfois               | souvent               | très souvent          | toujours              |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Oublie-t-il / elle des événements anciens vécus personnellement il y a quelques années ? .....  | <input type="radio"/> |
| 2. Oublie-t-il / elle des événements récents vécus personnellement il y a quelques jours ou il y a quelques semaines ? ..  | <input type="radio"/> |
| Lui arrive-t-il d'acheter des objets ( <i>par exemple, des livres, des outils, des aliments, etc...</i> ) qui font double emploi parce qu'il / elle a oublié qu'il / elle les possédait déjà ? .....   | <input type="radio"/> |
| 4. Hésite-t-il / elle à acheter quelque chose parce qu'il / elle n'est plus certain(e) de la posséder déjà ? .....   | <input type="radio"/> |
| 5. A-t-il / elle des difficultés à se souvenir d'informations qui lui sont personnelles et qu'il / elle connaît par cœur ? ...<br>( <i>Par exemple, le numéro de son compte en banque, de son numéro de téléphone, des dates de naissance, etc...</i> ). | <input type="radio"/> |
| 6. A-t-il / elle des difficultés à apprendre par cœur des nouvelles informations qui lui sont personnelles ? .....   | <input type="radio"/> |
| ( <i>Par exemple, un nouveau numéro de compte en banque, un nouveau numéro de téléphone, etc...</i> ).   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |

**A-T-IL / A-T-ELLE DES PROBLÈMES DE MÉMOIRE  
DANS LA VIE QUOTIDIENNE ?**

(Entourez votre réponse)

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



X SUITE

12. A-t-il / A-t-elle davantage de difficultés à se souvenir de quelque chose lorsqu'il / elle doit se souvenir de plusieurs choses en même temps ? .....
13. A-t-il / A-t-elle davantage de difficultés à apprendre quelque chose lorsqu'il / elle est occupé(e) à faire autre chose ? .....
14. A-t-il / A-t-elle davantage de difficultés à se souvenir de quelque chose lorsqu'il / elle est occupé(e) à faire plusieurs choses à la fois ? .....

**Fin du questionnaire**

