

Examen de l'état mental

APPARENCE

Habillement, tenue, hygiène, maquillage, état des cheveux et des ongles	<input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Meticulosité excessive	<input type="checkbox"/> Négligé <input type="checkbox"/> Maniééré <input type="checkbox"/> Inapproprié	<input type="checkbox"/> Désordonné <input type="checkbox"/> Extravagant <input type="checkbox"/> _____
Expression faciale	<input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Confus	<input type="checkbox"/> Perplexe <input type="checkbox"/> En alerte	<input type="checkbox"/> Tendu <input type="checkbox"/> _____
Contact visuel	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Absent	<input type="checkbox"/> Fuyant <input type="checkbox"/> Fluctuant	<input type="checkbox"/> _____
Apparence physique	<input type="checkbox"/> Poids normal <input type="checkbox"/> Maigreur <input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Malformations physiques <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Tatouage	<input type="checkbox"/> Signes distinctifs <input type="checkbox"/> _____
Attitude	<input type="checkbox"/> Coopérative <input type="checkbox"/> Hostile <input type="checkbox"/> Perplexe <input type="checkbox"/> Dramatique <input type="checkbox"/> Méfiante <input type="checkbox"/> Familière	<input type="checkbox"/> Séducteur <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Tonique <input type="checkbox"/> Mutisme <input type="checkbox"/> Puéril <input type="checkbox"/> Fermée	<input type="checkbox"/> Évasive <input type="checkbox"/> Arrogante <input type="checkbox"/> Théâtrale <input type="checkbox"/> Ambivalente <input type="checkbox"/> Désinhibée <input type="checkbox"/> _____

COMPORTEMENT MOTEUR

Activité psychomotrice	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Ralentissement <input type="checkbox"/> Rigidité <input type="checkbox"/> Apathie	<input type="checkbox"/> Catatonie <input type="checkbox"/> Stéréotypie <input type="checkbox"/> _____
Gestes	<input type="checkbox"/> Souples <input type="checkbox"/> Spasmes <input type="checkbox"/> Bizarres <input type="checkbox"/> Maniérisme	<input type="checkbox"/> Tics <input type="checkbox"/> Tremblements <input type="checkbox"/> Grimaces <input type="checkbox"/> Compulsifs	<input type="checkbox"/> Brusques <input type="checkbox"/> Répétitifs <input type="checkbox"/> _____

LANGAGE

Qualité	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Monocorde	<input type="checkbox"/> Répétitif <input type="checkbox"/> Stéréotypé	<input type="checkbox"/> Pauvre <input type="checkbox"/> _____
Débit	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Lent	<input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Volubile	<input type="checkbox"/> Hésitant <input type="checkbox"/> _____
Particularités	<input type="checkbox"/> Ton faible <input type="checkbox"/> Ton élevé	<input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Peu loquace	<input type="checkbox"/> Bégaiement <input type="checkbox"/> _____

HUMEUR ET AFFECT

Humeur	<input type="checkbox"/> Euthymique <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Déprimé	<input type="checkbox"/> Colérique <input type="checkbox"/> Anxieuse <input type="checkbox"/> Labile	<input type="checkbox"/> Euphorique <input type="checkbox"/> Exaltée <input type="checkbox"/> _____
Affect	<input type="checkbox"/> Concordant <input type="checkbox"/> Inapproprié	<input type="checkbox"/> Émoussé <input type="checkbox"/> Plat	<input type="checkbox"/> _____

OPÉRATIONS DE LA PENSÉE

Cours / Processus	<input type="checkbox"/> Logique <input type="checkbox"/> Cohérent <input type="checkbox"/> Blocages <input type="checkbox"/> Relâchement des associations	<input type="checkbox"/> Désorganisé <input type="checkbox"/> Circonstancié <input type="checkbox"/> Tangentiel <input type="checkbox"/> Logorrhée <input type="checkbox"/> Persévération	<input type="checkbox"/> Fuite des idées <input type="checkbox"/> Écholalie <input type="checkbox"/> Néologismes <input type="checkbox"/> Salade de mots <input type="checkbox"/> _____
Contenu	<input type="checkbox"/> Préoccupations <input type="checkbox"/> Découragement <input type="checkbox"/> Désespoir	<input type="checkbox"/> Dévalorisation <input type="checkbox"/> Obsessions <input type="checkbox"/> Phobies	<input type="checkbox"/> Ruminations <input type="checkbox"/> Méfiance <input type="checkbox"/> _____
Délire	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> De persécution <input type="checkbox"/> De grandeur	<input type="checkbox"/> De référence <input type="checkbox"/> De contrôle	<input type="checkbox"/> Mystique <input type="checkbox"/> _____

PERCEPTIONS

Hallucinations	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Auditives <input type="checkbox"/> Visuelles	<input type="checkbox"/> Tactiles <input type="checkbox"/> Olfactives	<input type="checkbox"/> Gustatives <input type="checkbox"/> _____
Autres troubles perceptuels	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Illusions	<input type="checkbox"/> Dépersonnalisation	<input type="checkbox"/> Déréalisation <input type="checkbox"/> _____

FONCTIONS COGNITIVES

Niveau de conscience	<input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Alert	<input type="checkbox"/> Léthargique <input type="checkbox"/> Stuporeux	<input type="checkbox"/> Comateux
Orientation	Espace	<input type="checkbox"/> Orienté	<input type="checkbox"/> Hésitant <input type="checkbox"/> Confus
	Temps	<input type="checkbox"/> Orienté	<input type="checkbox"/> Hésitant <input type="checkbox"/> Confus
	Personnes	<input type="checkbox"/> Orienté	<input type="checkbox"/> Hésitant <input type="checkbox"/> Confus
Mémoire	Immédiate : répéter une série de 3 mots (fleur, journée, charité) immédiatement puis 5 min. plus tard	<input type="checkbox"/> Intacte	<input type="checkbox"/> Altérée
	Ancienne : date de naissance, date du mariage, école fréquentée dans sa jeunesse, etc.	<input type="checkbox"/> Intacte	<input type="checkbox"/> Altérée
	Récente : repas précédent, activités de la journée et de la veille, etc.	<input type="checkbox"/> Intacte	<input type="checkbox"/> Altérée
Attention et concentration	Nommer les mois de l'année à l'envers. Compter en descendant à partir de 20 jusqu'à 1.	<input type="checkbox"/> Concentré <input type="checkbox"/> Distractible	<input type="checkbox"/> Difficultés

JUGEMENT ET AUTOCRITIQUE

Jugement	Capacité d'évaluer une situation correctement et d'y réagir de façon adéquate. Ex. : Que feriez-vous si vous étiez au cinéma et que vous sentiez de la fumée?	<input type="checkbox"/> Préservé <input type="checkbox"/> Altéré <input type="checkbox"/> Absent
Autocritique	Capacité de reconnaître ses difficultés et son besoin d'aide	<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Absente