

S A D I M o D

Schedule for the Assessment of Drug-Induced Movement Disorders

Date	
Heure	
Initiales	
Client no	

Questionnaire à remplir par le client

Répondez s'il vous plaît aux questions en mettant un petit rond autour de votre réponse. D'abord il y a quelques questions d'ordre général, puis quelques questions sur comment vous vous sentez. Faites bien attention au moment indiqué à chaque question. Si des questions ne vous concernent pas, vous pouvez choisir la réponse 'n. a.' (non applicable).

Questions générales

Avez-vous une prothèse dentaire?

oui non

Si oui, portez-vous le dentier en ce moment?

oui non n. a.

Si oui, trouvez-vous que votre dentier est bien ajusté en ce moment?

oui non n. a.

En ce moment avez-vous beaucoup de salivation?

oui non

En ce moment avez-vous la bouche sèche?

oui non

Les questions suivantes concernent comment vous vous sentez en ce moment. Nous voulons dire par 'en ce moment' aujourd'hui, en ce moment même.

Vous vous sentez sombre?

oui non

Vous vous sentez anxieux/se?

oui non

Vous vous sentez assoupi/e?

oui non

Vous vous sentez agité/e?

oui non

Vous avez en ce moment l'impulsion, le besoin de bouger les jambes?

oui non

Vous avez en ce moment l'impulsion, le besoin de vous lever et de vous

oui non

promener en rond?

- Vous êtes gêné/e en ce moment par cette agitation ?
- ☐ n.a. (non, je ne me sens pas agité/e)
 - ☐ pas gêné/e
 - ☐ un peu gêné/e
 - ☐ moyennement gêné/e
 - ☐ sérieusement gêné/e
 - ☐ très sérieusement gêné/e
-

Les questions suivantes concernent comment vous vous étiez senti/e la semaine passée.

La semaine passée: étiez-vous gêné/e par une fatigue intense?

oui non

- étiez-vous gêné/e par une lenteur dans les mouvements?

oui non

- étiez-vous gêné/e par une raideur des muscles?

oui non

- étiez-vous gêné/e par une impulsion à bouger?

oui non

Un mouvement involontaire est un mouvement (par exemple du bras ou de la jambe) qui se produit sans que vous le vouliez.

- étiez-vous gêné/e par des mouvements involontaires?

oui non

- étiez-vous gêné/e par des crampes musculaires?

oui non

Les questions suivantes concernent comment vous vous êtes senti/e les quatre semaines passées.

Vous est-il arrivé que tout à coup vous ne pouviez plus parler ou seulement difficilement?

oui non

Si oui, combien de fois cela vous est-il arrivé pendant les quatre semaines passées?

Vous est-il arrivé qu'il vous était impossible ou difficile d'avaler?

oui non

Si oui, combien de fois cela vous est-il arrivé ces quatre semaines passées?

Note: L'examineur devra expliquer quels phénomènes sont en cause et vérifier si le client a bien compris. Les réponses de ce questionnaire sont enfin déterminantes pour le score.

S A D I M o D

Schedule for the Assessment of
Drug-Induced Movement Disorders

Date	
Heure	
Initiales	
Client no	

TEST D'ÉCRITURE

Écrivez vos initiales entre les deux lignes

Copiez les phrases entre les lignes:

Au clair de la lune

Mon ami Pierrot

Prête-moi ta plume

Pour écrire un mot

Copiez les phrases encore une fois:

Au clair de la lune

Mon ami Pierrot

Prête-moi ta plume

Pour écrire un mot

Maintenant copiez les phrases pour la troisième fois:

Au clair de la lune

Mon ami Pierrot

Prête-moi ta plume

Pour écrire un mot

[illegible]