



The Neuropsychiatric Inventory - Questionnaire

Protocole

Numéro du centre

Numéro de sélection

Numéro de répartition aléatoire

Date d'évaluation

Évaluateur

© 1995 J Cummings; all rights reserved

© MedAvante-ProPhase - Programming and
Presentation Design 2021

Build 1



Instructions

Veillez répondre aux questions qui suivent en fonction des changements survenus depuis que le patient ou la patiente a commencé à éprouver des problèmes de mémoire.

Répondez « Oui » seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines. Autrement, répondez « Non ».

Pour chaque élément identifié « Oui » :

a) Cotez la GRAVITÉ du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente).

b) Cotez le STRESS ÉMOTIONNEL que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous).

Veillez répondre à chaque question avec soin. Demandez de l'aide si vous avez des questions.

1. Idées délirantes

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Est-ce que le patient ou la patiente a de fausses croyances, p.ex. que les autres le/la volent ou qu'ils ont l'intention de lui faire du mal d'une manière ou d'une autre?

☐ OUI

☐ NON

1. Idées délirantes (gravité)

Cotez la GRAVITÉ du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

1. Idées délirantes (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

2. Hallucinations

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Est-ce que le patient ou la patiente a des hallucinations, p.ex. visuelles ou auditives?

Semble-t-il/elle entendre ou voir des choses qui ne sont pas là?

☐ OUI

☐ NON

2. Hallucinations (gravité)

Cotez la GRAVITÉ du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

2. Hallucinations (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

3. Agitation/Agressivité

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Est-ce que le patient ou la patiente refuse parfois l'aide qu'on lui apporte ou est-il/elle difficile à gérer?

☐ OUI

☐ NON

3. Agitation/Agressivité (gravité)

Cotez la GRAVITÉ du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

3. Agitation/Agressivité (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

4. Humeur dépressive

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Est-ce que le patient ou la patiente semble triste ou affirme être déprimé(e)?

☐ OUI

☐ NON

4. Humeur dépressive (gravité)

Cotez la GRAVITÉ du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

4. Humeur dépressive (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

5. Anxiété

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Est-ce que le patient ou la patiente est contrarié(e) lorsqu'il ou elle est séparé(e) de vous?

Est-ce que le patient ou la patiente présente d'autres signes de nervosité? A-t-il/elle le souffle court? Soupire-t-il/elle? Est-il/elle incapable de relaxer ou a-t-il/elle le sentiment d'être extrêmement tendu(e)?

☐ OUI

☐ NON

5. Anxiété (gravité)

Cotez la **GRAVITÉ** du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

5. Anxiété (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

6. Exaltation de l'humeur/Euphorie

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Est-ce que le patient ou la patiente semble se sentir trop bien ou semble agir comme si il ou elle est excessivement heureux(se)?

☐ OUI

☐ NON

6. Exaltation de l'humeur/Euphorie (gravité)

Cotez la GRAVITÉ du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

6. Exaltation de l'humeur/Euphorie (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

7. Apathie/Indifférence

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Est-ce que le patient ou la patiente semble moins s'intéresser à ses activités habituelles ou aux activités et aux projets des autres?

☐ OUI

☐ NON

7. Apathie/Indifférence (gravité)

Cotez la **GRAVITÉ** du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

7. Apathie/Indifférence (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

8. Désinhibition comportementale

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Le patient ou la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, p.ex. est-ce qu'il ou elle parle à des personnes qui lui sont étrangères comme si il ou elle les connaissait ou dit-il/elle aux gens des choses qui pourraient être blessantes?

☐ OUI

☐ NON

8. Désinhibition comportementale (gravité)

Cotez la **GRAVITÉ** du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

8. Désinhibition comportementale (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

9. Irritabilité/Instabilité de l'humeur

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

**Est-ce que le patient ou la patiente est impatient(e) ou grincheux(se)?
Supporte-il/elle mal les retards ou le fait d'attendre les activités qui sont
prévues?**

☐ OUI

☐ NON

9. Irritabilité/Instabilité de l'humeur (gravité)

Cotez la GRAVITÉ du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

9. Irritabilité/Instabilité de l'humeur (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

10. Troubles moteurs

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Est-ce que le patient ou la patiente a des activités répétitives, comme tourner en rond dans la maison, tripoter des boutons, enrouler de la ficelle ou d'autres activités qu'il ou elle recommence sans cesse?

☐ OUI

☐ NON

10. Troubles moteurs (gravité)

Cotez la GRAVITÉ du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

10. Troubles moteurs (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

11. Comportements nocturnes

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Est-ce que le patient ou la patiente vous réveille pendant la nuit, se lève trop tôt le matin ou dort de manière excessive durant la journée?

☐ OUI

☐ NON

11. Comportements nocturnes (gravité)

Cotez la GRAVITÉ du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

11. Comportements nocturnes (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

12. Modification de l'appétit et des comportements alimentaires

Sélectionnez OUI seulement si le ou les symptôme(s) a ou ont été présent(s) au cours des 4 dernières semaines, autrement sélectionnez NON.

Le patient ou la patiente a-t-il/elle perdu ou pris du poids ou y a-t-il eu un changement dans le type de nourriture qu'il ou elle préfère?

☐ OUI

☐ NON

12. Modification de l'appétit et des comportements alimentaires (gravité)

Cotez la **GRAVITÉ** du symptôme (l'effet sur le patient ou la patiente) :

- ☐ **1 = Légère** (effets perceptibles, mais pas un changement significatif)
- ☐ **2 = Moyenne** (effets significatifs, mais pas un changement majeur)
- ☐ **3 = Importante** (effets très marqués ou évidents, un changement majeur)

12. Modification de l'appétit et des comportements alimentaires (stress émotionnel)

Cotez le **STRESS ÉMOTIONNEL** que vous subissez à cause du symptôme (l'effet sur vous) :

- ☐ **0 = Pas du tout perturbant**
- ☐ **1 = Minime** (très peu perturbant, aucun problème à le gérer)
- ☐ **2 = Léger** (peu perturbant, généralement facile à gérer)
- ☐ **3 = Modéré** (plutôt perturbant, pas toujours facile à gérer)
- ☐ **4 = Grave** (très perturbant, difficile à gérer)
- ☐ **5 = Très grave ou extrême** (extrêmement perturbant, impossible à gérer)

Conclusion
