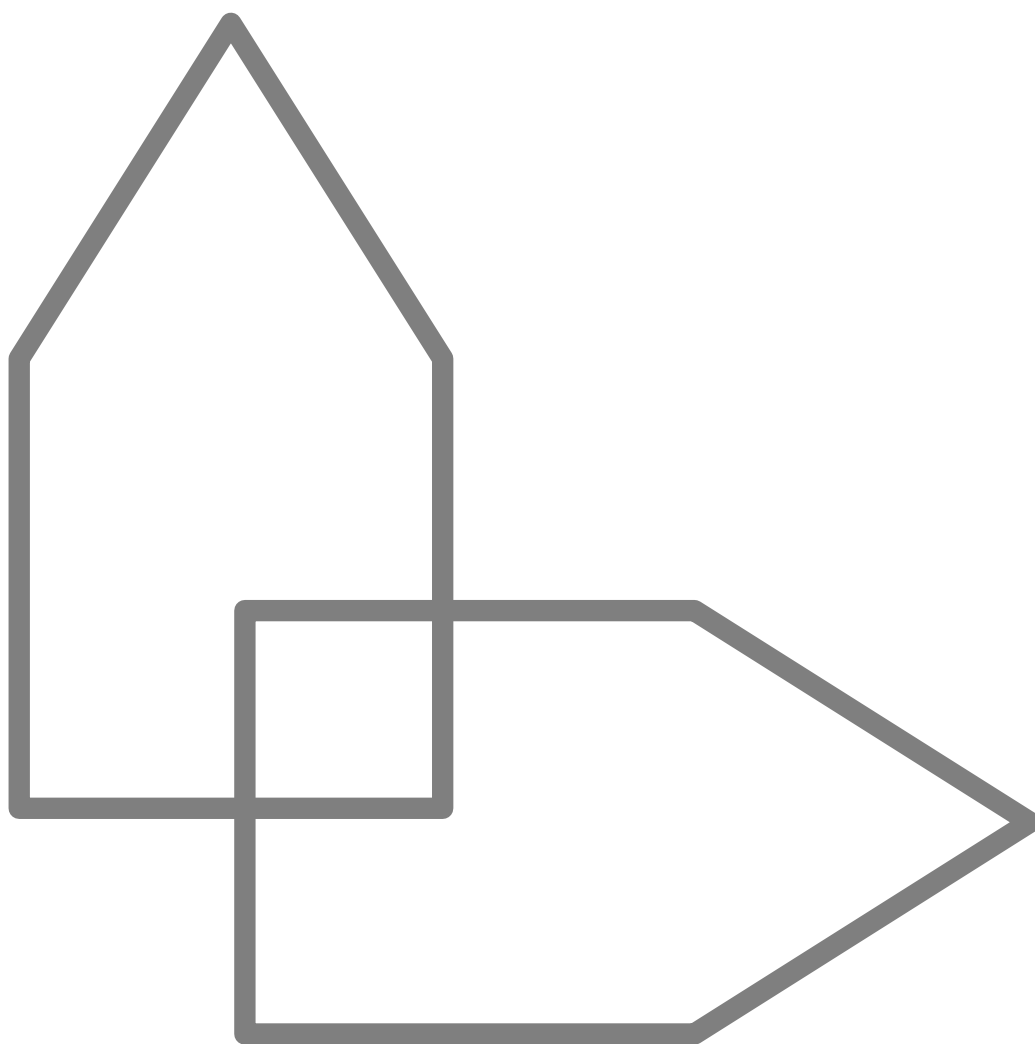


# Test de Folstein, Mini Mental State (MMS)

	Cocher	Score
<b>Orientation</b>		
A		
En quelle année sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>	
Saison	<input type="checkbox"/>	
Mois	<input type="checkbox"/>	
Quelle est la date ?	<input type="checkbox"/>	
Le jour ?	<input type="checkbox"/>	/ 5
B		
Dans quelle ville sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>	
En quel département ?	<input type="checkbox"/>	
En quelle région ou pays ?	<input type="checkbox"/>	
À quel étage sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>	
Quel est le nom de l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>	/ 5
<b>Apprentissage</b>		
Donner trois noms d'objets (une seconde par mot ; ex : citron, clé, ballon) à la répétition compter un point par réponse correcte.		
Répéter jusqu'à ce que les trois mots soient appris. Compter le nombre d'essais : ..... [     ]		
		/ 3
<b>Attention et calcul</b>		
Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions. <i>Noter le nombre de réponses correctes</i>		
		<input type="checkbox"/>
Si le patient ne peut ou ne veut effectuer cette tâche, demander d'épeler le mot "monde" à l'envers.		
		<input type="checkbox"/>
		/ 5
<b>Rappel</b>		
Demander les trois mots d'objets présentés auparavant. <i>(un point par mot correct)</i>		
		/ 3
<b>Langage</b>		
Dénommer un stylo.		
		<input type="checkbox"/>
Dénommer une montre.		
		<input type="checkbox"/>
Répéter: "pas de mais, de si ni de et".		
		<input type="checkbox"/>
Exécuter un ordre triple: "prenez un papier dans la main droite »		
		<input type="checkbox"/>
"plier le en deux"		
		<input type="checkbox"/>
"jetez-le sur le plancher".		
		<input type="checkbox"/>
Lire et exécuter un ordre écrit: "Fermez les yeux".		
		<input type="checkbox"/>
Écrire une phrase spontanée (au moins un sujet et un verbe) sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe sont indifférents.		
		<input type="checkbox"/>
		/ 8
<b>Praxies constructives</b>		
Copiez le dessin du verso.		
		<input type="checkbox"/>
		/ 1
<b>Total</b>		<b>/ 30</b>

F E R M E Z L E S Y E U X



Nom du patient : .....

Prénom :

Date de naissance : .... / .... / .....

Date de l'examen : ... / ... / ...