

### Données initiales du patient

**Date J1** : ..... / ..... / .....      **Date de Diagnostic** : ..... / ..... / .....      **Date de naissance** : ..... / ..... / .....  
**Age** : .....      **Poids avant la maladie (en kg)** : ..... kg      **Taille (m)** : ..... m .....  
**Sexe** :  Homme  Femme      **Patient** :  Droitier  Gaucher  
**Siège de la tumeur initiale** : [menu déroulant sur informatique] : ..... [Champ libre version papier]  
**Stade cancer** :  TNM (*préciser*) : T ..... N ..... M .....       Autre (*préciser*) : .....  
**Type de suivi** :  Téléphone     Consultation     Prestataire  
**Lieu de résidence actuel** :     Domicile     Institution / Convalescence     Hospitalisation conventionnelle     Hôpital de semaine/de jour  
     HAD     Unité de Soins palliatifs     Non connu     Décès : ..... / ..... / .....

**Commentaires** :

### Traitement du cancer

	Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie	Autres traitements
<b>Traitement(s) antérieur(s) achevé</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu	<input type="checkbox"/> Oui, date : ..... <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Arrêt prématuré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Arrêt prématuré	Préciser : ..... .....
<b>Traitement(s) en cours / réalisé(s)</b>	<input type="checkbox"/> Oui, date : ..... <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu  <i>Ce traitement :</i> <input type="checkbox"/> Se déroule comme prévu <input type="checkbox"/> Modifié <input type="checkbox"/> Non répondu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu  <i>Ce traitement :</i> <input type="checkbox"/> Se déroule comme prévu <input type="checkbox"/> Modifié <input type="checkbox"/> Non répondu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu  <i>Ce traitement :</i> <input type="checkbox"/> Se déroule comme prévu <input type="checkbox"/> Modifié <input type="checkbox"/> Non répondu
<b>Traitement(s) à venir</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, ..... <input type="checkbox"/> Non

**Score du Performance Status (cochez 1 seul chiffre)**

<input type="checkbox"/> 0	Pleinement actif - Le malade peut exercer son activité normale sans aucune restriction
<input type="checkbox"/> 1	Restreint dans les activités physiques fatigantes, mais ambulatoire, pouvant exercer une activité sans contraintes physiques importantes – activité domestique légère, bureau, etc....
<input type="checkbox"/> 2	Patient ambulatoire et capable de s'occuper de lui-même pour ses soins personnels, mais incapable d'activité professionnelle ou à la maison. Debout plus de 50% de la journée
<input type="checkbox"/> 3	Ne pouvant faire que le minimum pour ses soins personnels. Confiné au lit ou à la chaise plus de 50% de la journée
<input type="checkbox"/> 4	Complètement handicapé dans sa vie, confiné au lit ou à la chaise, nécessitant l'assistance pour sa toilette et ses soins quotidiens.

**Symptomatologie actuelle (cocher 1 ou plusieurs cases si le patient est concerné) : Aucune :  Oui     Non     Non connu**

Symptômes	Descriptif et commentaires	
<input type="checkbox"/> Altération du goût/de l'odorat		
<input type="checkbox"/> Mucite	Grade : .....	
<input type="checkbox"/> Mycose buccales/ulcérations		
<input type="checkbox"/> Xérostomie		
<input type="checkbox"/> Troubles de déglutition	<input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Solide <input type="checkbox"/> Mixte	
<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Solide <input type="checkbox"/> Aphagie <input type="checkbox"/> Odynophagie	
<input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> Avec retentissement sur l'alimentation	
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Avec retentissement sur l'alimentation	
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> ≤ 3/j <input type="checkbox"/> 3-6/j <input type="checkbox"/> ≥ 6 <input type="checkbox"/> sonde	
<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales		
<input type="checkbox"/> Diarrhées	Nb de selles/j : ..... <input type="checkbox"/> Levée nocturne	
<input type="checkbox"/> Constipation	Nb jour sans selles : .....	
Autre : .....		

**Comorbidités** :     Escarre (stade ≥ 2)     BMR     Diabète     Infection     Œdème     Ascite     Autre : .....

**Commentaires** :

## Statut nutritionnel

Nécessité de peser le patient :  Debout    Assis    Couché    Déclaré    Non mesurable

Poids actuel du sujet (en kg) : ..... kg    Non interprétable   Variation de poids en + ou en - (%) : .....   **IMC (kg/m<sup>2</sup>)** : .....

Circonférence brachiale du bras non dominant (cm) : .....   Grip test D (kg) : .....   Grip test G (kg) : .....    Non mesurable

Albumine (g/l) : .....   Préalbumine (mg/l) : .....   CRP (mg/l) : .....   Créatinine (mg/l) : .....

EPA :  .....  .....    ND

Apports caloriques oraux (kcal/j) :  ≈0    <1000    >1000    ≈2000    A jeûn    Apport calculé : .....

Douleur :  .....  .....    ND

Apports caloriques artificiels (kcal/j) : Par voie entérale = .....   Par voie parentérale = .....   CO = .....

Hydratation : orale (ml/j) : .....   entérale (ml/j) : .....   IV (ml/j) : .....

Dénutrition clinique (avis du diét) :  NSP    Absente    Modérée    Sévère

Dénutrition PMSI :  E44    E43    autre : .....

Activité Physique :  Oui    Non   Laquelle : .....

## Prise en charge nutritionnelle proposée effectivement réalisée et causes de différences

Alimentation orale maintenue :  Oui    Non

Cocher si le patient est concerné par :

<input type="checkbox"/> <b>Adaptation repas :</b> <input type="checkbox"/> Enrichissement <input type="checkbox"/> Fractionnement <input type="checkbox"/> Adaptation texture <input type="checkbox"/> Evaluation Goûts /Aversions > Prestataire* : ..... > Commentaires : ..... > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres : .....
<input type="checkbox"/> <b>Compléments oraux :</b> Nb d'unités/j : ..... Apport proposé (kcal/j) : .....   Apport réel (kcal/j) : ..... > Prestataire* : ..... > Commentaires : ..... > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres : .....
<input type="checkbox"/> <b>Immunonutrition :</b> <input type="checkbox"/> CO préop <input type="checkbox"/> CO postop <input type="checkbox"/> NE préop <input type="checkbox"/> NE postop > Prestataire* : ..... > Commentaires : ..... > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres : .....
<input type="checkbox"/> <b>Nutrition entérale :</b> <b>Type de sonde :</b> <input type="checkbox"/> Nasogastrique <input type="checkbox"/> Nasojéjunale <input type="checkbox"/> GPE <input type="checkbox"/> GPR <input type="checkbox"/> GPC <input type="checkbox"/> Jéjunale Apport proposé (kcal/j) :  _ _ _ _    Apport réel (kcal/j) :  _ _ _ _  Administration : <input type="checkbox"/> Par pompe <input type="checkbox"/> Par gravité Périodicité : <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> Diurne + nocturne <input type="checkbox"/> Continue > Prestataire* : ..... > Commentaires : ..... > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres : .....
<input type="checkbox"/> <b>Nutrition parentérale :</b> <b>Voie d'abord :</b> <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale Apport proposé (kcal/j) :  _ _ _ _    Apport réel (kcal/j) :  _ _ _ _  > Prestataire* : ..... > Commentaires : ..... > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres : .....

(\* Prestataire : NE, CNO, pharmacien, ...)

**Compléments d'informations :**

Documents remis :
Commentaires :