

Date de l'entretien : ... / ... / ..... Durée : ..... Réalisé par : .....

Moment du recueil de données :  Annonce  Changement de protocole  
 En cours de traitement  Arrêt de traitement anticancéreux

Nom du praticien référent : .....

Nom du médecin traitant : .....

Siège de la tumeur primitive : ..... Proposition thérapeutique : .....

PPS remis au patient :  Oui  Non Personne de confiance désignée :  Oui  Non

**Présentation du patient**

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ... / ... / ..... Age : ..... Lieu de naissance : .....

N° de téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ... / ... N° de téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ...

Adresse : ..... Code postal : .....

Lieu de résidence : ..... Adresse e-mail : ..... @ .....

Compréhension du français : Oral  Oui  Non Ecrit  Oui  Non

**Personne de l'entourage présente lors de l'entretien :**

Oui :  Conjoint  Parent  Enfant  Ami  Tuteur  Autre : .....  
 Non

**Situation familiale :**

Couple  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf(ve)  
 Enfants  Enfants à charge Nombre : ..... Année de naissance : .....  
 Projet d'enfant(s)  Vit seul(e)  Isolé(e)  Entouré(e)  Aidants  
 Animaux de compagnie : .....

**Situation professionnelle :**

En activité  Arrêt de travail  Sans emploi  Retraité(e)  Invalidité  
 Temps plein  
 Temps partiel  
 Temps partiel thérapeutique

Profession : .....

**Habitat :**

Maison  Appartement  Sans domicile  Autre : .....  
 Avec escalier  
 Avec ascenseur

**Habitudes de vie :**

Loisirs : Activité Physique  Oui, préciser : .....  Non  Autres : .....

Particularités abordées lors de la consultation : .....  
.....  
.....

**Compréhension du patient au début de l'entretien**

**Etat émotionnel du patient au début de l'entretien :**

Anxiété  Peur  Pleurs  Colère  Agressivité  Mutisme  Sidération  Euphorie  Neutre

Commentaires : .....  
.....

**Etat émotionnel de l'aidant au début de l'entretien :**

Anxiété  Peur  Pleurs  Colère  Agressivité  Mutisme  Sidération  Euphorie  Neutre

Noter le comportement de l'entourage s'il est significatif : .....  
.....

**Le patient a retenu et compris les termes utilisés par le médecin sur sa maladie :**

Oui  Partiellement  Non

**Commentaires :** .....

**Le mot « cancer » est prononcé par :**

- Le patient  L'entourage  Le soignant  N'est pas prononcé

**Mots utilisés par le patient :** .....

**Le patient exprime ses craintes par rapport à :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La maladie  | <input type="checkbox"/> Son devenir                  |
| <input type="checkbox"/> L'intervention chirurgicale                               | <input type="checkbox"/> Ses chances de guérir        |
| <input type="checkbox"/> L'anesthésie  | <input type="checkbox"/> Sa vie affective et sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Son traitement médical. Lequel ? .....                    | <input type="checkbox"/> La fertilité                 |
| <input type="checkbox"/> La radiothérapie  | <input type="checkbox"/> Sa perte d'autonomie         |
| <input type="checkbox"/> La douleur  | <input type="checkbox"/> Son environnement familial   |
| <input type="checkbox"/> La mort   | <input type="checkbox"/> Sa situation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Les modifications de l'image corporelle                   | <input type="checkbox"/> Sa situation financière      |
| <input type="checkbox"/> Les effets secondaires et séquelles du ou des traitements | <input type="checkbox"/> La fatigue                   |

**Remarques :** .....

**Les informations complémentaires ont porté sur :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Le calendrier prévisionnel de la prise en charge            | <input type="checkbox"/> Les voies centrales (KT tunérisé, PAC) |
| <input type="checkbox"/> Les effets secondaires du ou des traitements                | <input type="checkbox"/> Le protocole thérapeutique             |
| <input type="checkbox"/> Les traitements préventifs des effets indésirables          | <input type="checkbox"/> Le déroulement de l'hospitalisation    |
| <input type="checkbox"/> Les examens complémentaires (biologie, imagerie, ...)       | <input type="checkbox"/> La présentation des soins de support   |
| <input type="checkbox"/> Les répercussions sur la vie personnelle et professionnelle |   |
| <input type="checkbox"/> Autres : .....  |   |

**Hématologie :**

- Les notions de greffe ou autogreffe  
 Le secteur protégé

**Evaluation des besoins en soins de support**

Evaluation de la fatigue	Prise en charge proposée - Orientation
<u>Sensation de fatigue</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours
<u>Troubles du sommeil</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser : .....
<u>Gênes dans les activités quotidiennes</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....
<u>Dort dans la journée</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Orientation vers</u> :
<u>Prend un traitement pour dormir</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Médecin référent
<u>Remarques</u> : .....	<input type="checkbox"/> Médecin traitant
.....	<input type="checkbox"/> Professionnel APA <sup>1</sup>
.....	<input type="checkbox"/> Autre : .....

Evaluation de la douleur	Prise en charge proposée - Orientation
<u>Douleur</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours
Si oui, localisation : .....	Préciser : .....
La douleur perturbe-t-elle le sommeil ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....
La douleur perturbe-t-elle les activités habituelles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Orientation vers</u> :
Y a-t-il un impact psychologique de la douleur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Médecin référent
<u>Traitement antalgique</u> :	<input type="checkbox"/> Médecin traitant
Nom : .....	<input type="checkbox"/> Algologue
Posologie : .....	<input type="checkbox"/> Autre : .....
<u>Evaluation de la douleur</u> (de 0 à 10): .....	
<u>Remarques</u> : .....	
.....	

<sup>1</sup> Activité Physique Adaptée

Evaluation nutritionnelle	Prise en charge proposée - Orientation
<p><b>Taille</b> : ..... <b>Poids actuel</b> : .....</p> <p><b>IMC</b> : ..... <b>Poids de forme</b> : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Prise de poids : ..... kg</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de poids : ..... kg</p> <p>En combien de temps : .....</p> <p>Régime particulier : .....</p> <p><u>Diminution de l'ingestat</u> :    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Troubles de déglutition</u> :    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Troubles bucco dentaires</u> :    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Autres</u> : .....</p> <p><u>Remarques</u> : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours</p> <p>Préciser : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Orientation vers</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin référent</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Diététicienne</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin nutritionniste</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgien dentiste</p> <p><input type="checkbox"/> Stomatologue</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : .....</p>

Evaluation psychologique	Prise en charge proposée - Orientation
<p><u>Troubles du sommeil</u> :    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Anxiété</u> :    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Tristesse</u> :    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Difficulté à verbaliser</u> :    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Modification des relations (familiales et sociales)</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Antécédents</u> : .....</p> <p>.....</p> <p><u>Traitements spécifiques</u> :</p> <p>Nom : .....</p> <p>Posologie : .....</p> <p><u>Remarques</u> : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours</p> <p>Préciser : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Orientation vers</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin référent</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatre</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologue</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : .....</p>

Evaluation sociale	Prise en charge proposée - Orientation
<p><u>Couverture sociale</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    <u>Mutuelle</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>ALD demandée</u> :    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Situation de handicap</u>    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Sous tutelle / curatelle</u>    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Besoin d'aide pour</u> :</p> <p>    <u>Garde d'enfants</u>    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>    <u>Ménage</u>    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>    <u>Courses</u>    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>    <u>Repas</u>    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>    <u>Toilette</u>    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Besoin de renseignements administratifs</u>    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Besoin d'une aide financière</u>    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours</p> <p>Préciser : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Orientation vers</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin référent</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Assistante sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : .....</p>

Evaluation addictologie	Prise en charge proposée - Orientation
<p><u>Addictions</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Tabac    Cigarettes / jour : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Alcool    Verres / jour : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Drogue ..... <input type="checkbox"/> Jeux .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres .....</p> <p><u>Remarques</u> : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours</p> <p>Préciser : .....</p> <p>.....</p> <p><u>Orientation vers</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin référent</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Addictologue</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologue</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : .....</p>

## Automédication et thérapies complémentaires

### Automédication :

- Antalgiques     Compléments alimentaires  
 Phytothérapie     Vitaminothérapie  
 Autres : .....

### Thérapies complémentaires :

- Acupuncture     Homéopathie  
 Ostéopathie     Autres : .....

## Orientation vers les soins oncologiques de support

### Orientations proposées au patient :

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Addictologue          | <input type="checkbox"/> Animateur APA <sup>2</sup>         | <input type="checkbox"/> Assistante Sociale         | <input type="checkbox"/> Consultation Fertilité |
| <input type="checkbox"/> Dentiste/Stomatologue | <input type="checkbox"/> Diététicienne                      | <input type="checkbox"/> Equipe de Soins Palliatifs | <input type="checkbox"/> ERC / Aire cancers     |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute        | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute                   | <input type="checkbox"/> Médecin nutritionniste     | <input type="checkbox"/> Médecin / IDE douleur  |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste         | <input type="checkbox"/> Ostéopathe                         | <input type="checkbox"/> Pharmacien                 | <input type="checkbox"/> Psychiatre             |
| <input type="checkbox"/> Psychologue           | <input type="checkbox"/> Socio- esthétique                  | <input type="checkbox"/> Stomathérapeute            | <input type="checkbox"/> Autres : .....         |
| <input type="checkbox"/> Art-Thérapie          | <input type="checkbox"/> Programme ETP <sup>3</sup> : ..... |   |   |

### Le patient accepte de rencontrer :

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Addictologue          | <input type="checkbox"/> Animateur APA         | <input type="checkbox"/> Assistante Sociale         | <input type="checkbox"/> Consultation Fertilité |
| <input type="checkbox"/> Dentiste/Stomatologue | <input type="checkbox"/> Diététicienne         | <input type="checkbox"/> Equipe de Soins Palliatifs | <input type="checkbox"/> ERC / Aire cancers     |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute        | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute      | <input type="checkbox"/> Médecin nutritionniste     | <input type="checkbox"/> Médecin / IDE douleur  |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste         | <input type="checkbox"/> Ostéopathe            | <input type="checkbox"/> Pharmacien                 | <input type="checkbox"/> Psychiatre             |
| <input type="checkbox"/> Psychologue           | <input type="checkbox"/> Socio- esthétique     | <input type="checkbox"/> Stomathérapeute            | <input type="checkbox"/> Autres : .....         |
| <input type="checkbox"/> Art-Thérapie          | <input type="checkbox"/> Programme ETP : ..... |   |   |

## Evaluation de l'entretien

### Le patient a compris :

- Sa maladie     L'objectif des traitements     Les effets secondaires du ou des traitements  
 Le parcours de soins     Le suivi clinique et paraclinique     Les soins de support disponibles dans l'établissement  
 Autres : .....

### « Etat émotionnel à la fin de l'entretien »

- Anxiété     Peur     Pleurs     Colère     Agressivité     Mutisme     Sidération     Euphorie     Neutre

Commentaires : .....

## Synthèse de l'entretien

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Documents en possession du patient :

- PPS  
 Fiches effets secondaires  
 Carte de coordination URPS<sup>4</sup>  
 Carnet d'informations et de suivi  
 Coordonnées d'ERC<sup>5</sup> / Aire cancers  
 Coordonnées d'Associations de patients  
 Annuaire des SOS<sup>6</sup> disponibles  
 Autres : .....

### Documents remis au patient :

- PPS (avec planning de traitement)  
 Fiches effets secondaires  
 Carte de coordination URPS  
 Carnet d'informations et de suivi  
 Coordonnées d'ERC / Aire cancers  
 Coordonnées d'Associations de patients  
 Annuaire des Soins Oncologiques de Support disponibles  
 Autres : .....

<sup>2</sup> Activité Physique Adaptée

<sup>3</sup> Education Thérapeutique du Patient

<sup>4</sup> Union Régionale des Professionnels de Santé

<sup>5</sup> Espace Ressources Cancers

<sup>6</sup> Soins Oncologiques de Support