



**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 **Écrit**  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

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

Anxiété  Peur  Pleurs  Colère  Agressivité  Mutisme  Sidération  Euphorie  Neutre

**Commentaires** : .....  
.....

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

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

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><u>Régime particulier</u> : .....</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>Garde d'enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ménage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Courses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Repas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Toilette <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
<u>Addictions :</u> <input type="checkbox"/> Tabac Cigarettes / jour : ..... <input type="checkbox"/> Alcool Verres / jour : ..... <input type="checkbox"/> Drogue ..... <input type="checkbox"/> Jeux ..... <input type="checkbox"/> Autres ..... <u>Remarques :</u> ..... .....	<input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours Préciser : ..... <u>Orientation vers :</u> <input type="checkbox"/> Médecin référent <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Addictologue <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Autre : .....

### Automédication et thérapies complémentaires

**Automédication :**

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

**Thérapies complémentaires :**

- Acupuncture     Homéopathie
- Ostéopathie     Autres : .....

### Orientation vers les soins oncologiques

**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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<sup>2</sup> Activité Physique Adaptée  
<sup>3</sup> Education Thérapeutique du Patient

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

<sup>5</sup> Espace Ressources Cancers

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