



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>.....</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 APA¹</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>.....</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>Taille : Poids actuel :</p> <p>IMC : Poids de forme :</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 ² | <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 ³ : | | |

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

² Activité Physique Adaptée
³ Education Thérapeutique du Patient

Documents en possession du patient :

- PPS
- Fiches effets secondaires
- Carte de coordination URPS⁴
- Carnet d'informations et de suivi
- Coordonnées d'ERC⁵ / Aire cancers
- Coordonnées d'Associations de patients
- Annuaire des SOS⁶ 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 :

⁴ Union Régionale des Professionnels de Santé

⁵ Espace Ressources Cancers

⁶ Soins Oncologiques de Support