

# FICHE DE REPERAGE DES BESOINS DES PATIENTS EN SOINS DE SUPPORT

Identification patient (ou étiquette) Sexe : M  F

Nom :

Nom de Jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :  Age :

Med. traitant :

Couverture sociale : Sécurité sociale : Oui  Non

Mutuelle : Oui  Non

ALD : Oui  Non

## (1) PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous des douleur(s) ? Oui  Non

Si oui, localisation de la douleur :

Intensité moyenne de la douleur sur une échelle de 0 à 10 :

La douleur perturbe-t-elle votre sommeil ? Oui  Non

La douleur perturbe-t-elle vos activités habituelles ? Oui  Non

Prenez-vous un traitement antalgique ? Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Le(s) traitement(s) vous soulage(nt)-t-il(s) ? Oui  Non

## (2) PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

Vivez-vous seul ? Oui  Non

Avez-vous des enfants à charge ? Oui  Non

Si oui, nombre d'enfants :

Age des enfants :

Etes-vous aidant d'un proche ? Oui  Non

Avez-vous des difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne ? (Toilette, repas, habillement etc.) Oui  Non

Avez-vous des inquiétude(s) sur le plan financier, professionnel, familial ou sur l'hébergement ? Oui  Non

Etes-vous isolé ? (Géographiquement, socialement etc.) Oui  Non

Information(s) complémentaire(s) :

## (3) PRISE EN CHARGE DIETETIQUE & NUTRITION

Votre appétit est : Augmenté  Diminué

Inchangé  Aucun appétit

Avez-vous des symptômes associés ? Oui  Non

(Troubles de la déglutition ou mastication, nausées et/ou vomissements...)

Si oui, le(s)quel(s) :

Perte de poids ≥ à 5% en 1 mois : Oui  Non

Et / ou perte de poids ≥ à 10% en 6 mois : Oui  Non

Votre poids actuel (kg) :

Votre poids habituel avant la maladie (kg) :

Votre taille (m) :

IMC (= poids / (taille)2 en kg/m2) :

## (4) PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS

Eprouvez-vous de l'angoisse ou de l'anxiété ? Oui  Non

Avez-vous des troubles du sommeil ? Oui  Non

Avez-vous une baisse de moral ces derniers temps ? Oui  Non

Avez-vous déjà eu des épisodes dépressifs ? Oui  Non

Souhaitez-vous un soutien d'ordre moral ? Oui  Non

## (5) CONSEILS D'HYGIENE DE VIE

Consommation de tabac Oui  Non

Consommation d'alcool Oui  Non

Avez-vous d'autre(s) addictions(s) ? Oui  Non

(Cannabis, cocaïne, opioïdes etc.)

Si oui, la (les)quelle(s) :

## ORIENTATION ( à remettre au patient )

### PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Médecin traitant  Médecin algologue

Autre  Préciser :

Structure :

Nom du professionnel :

Téléphone :

### PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

Médecin traitant  Assistant(e) social(e)

Autre  Préciser :

Structure :

Nom du professionnel :

Téléphone :

### PRISE EN CHARGE DIETETIQUE ET NUTRITION

Médecin traitant  Médecin nutritionniste  Diététicien(ne)

Autre  Préciser :

Structure :

Nom du professionnel :

Téléphone :

### PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Médecin traitant  Médecin psychiatre  Psychologue

Autre  Préciser :

Structure :

Nom du professionnel :

Téléphone :

### CONSEILS D'HYGIENE DE VIE

Médecin traitant  Médecin addictologue

Autre  Préciser :

Structure :

Nom du professionnel :

Téléphone :

