

Numéro (ou version) du document : remis le / /

Par le Docteur 

Spécialité : Structure : 

Adresse de la structure :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

3C :

Le programme théorique de votre traitement, qui vous a été expliqué par votre médecin, est détaillé dans ce document. Il pourra par la suite être modifié en fonction de la tolérance du traitement et de l'évolution de la maladie. **N'hésitez pas à recontacter votre équipe de soins si vous avez besoin de plus d'informations/d'explications sur ce programme.**

CONTACTS EQUIPE DE SOINS :

Infirmier(e) de coordination : 

Autre contact: 

INFORMATIONS GENERALES

Informations administratives du patient :

• Adresse :

•  Email : @

• Identifiant National de Santé :

• Couverture sociale : Sécurité Sociale : Oui Non

Mutuelle : Oui Non

ALD : Oui Non En cours

• Nom de la personne de confiance :

•  Email : @

• Personne de confiance présente lors de la remise de ce PPS : Oui Non

• Date de la dernière Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) : / /

• Temps d'accompagnement soignant paramédical : Oui Non

• Date : / / Lieu :

• Par (Nom du soignant) :

•  Email : @

CONTACTS UTILES

Médecin(s) spécialiste(s) référent(s) :

• Dr Spécialité : 

• Dr Spécialité : 

• Dr Spécialité : 

• Médecin traitant : Dr 

• Pharmacien de ville : 

• Infirmier(e) de ville : 

• Laboratoire d'analyses médicales : 

• Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) : 

• Hospitalisation à domicile (HAD) : 

• Associations de patients et d'usagers : 

• Associations de patients et d'usagers : 

• Plateforme Cancer Info : www.e-cancer.fr

 0 805 123 124 (appel gratuit)

• Site internet Réseau de cancérologie OncoPaca-Corse : www.oncopaca.org

➤ **PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE :**

Oncofertilité : Oui Non Dr ☎

Oncogénétique : Oui Non Dr ☎

Oncogériatrie : Oui Non Dr ☎

Adolescents / Jeunes adultes (AJA) : Oui Non **Contact Infirmier(e) de coordination AJA :** ☎

Autre : Oui Non Si oui, précisez laquelle : Dr ☎

➤ **ESSAI CLINIQUE :** Oui Non **NOM DE L'ESSAI :**

CHIRURGIE: Oui Non Dr

Type d'intervention proposée : Date : .../.../.....

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX Dr

	VOIE INJECTABLE - Dispositif Veineux Implantable / Voie Veineuse Centrale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Pose le .../.../.....	VOIE ORALE
CHIMIOTHERAPIE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicament(s) : Date de début : .../.../..... Fréquence : Nombre prévisionnel de cycles :	Médicament(s) : Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : Modalités d'administration :
IMMUNOTHERAPIE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicament(s) : Si chimiothérapie associée, modalités identiques pour ce(s) médicament(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Si non,</u> : Date de début : .../.../..... Fréquence : Nombre prévisionnel de cycles :	Médicament(s) : Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : Modalités d'administration :
THERAPIE CIBLEE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicament(s) : Si chimiothérapie associée, modalités identiques pour ce(s) médicament(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Si non,</u> : Date de début : .../.../..... Fréquence : Nombre prévisionnel de cycles :	Médicament(s) : Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : Modalités d'administration :
HORMONOTHERAPIE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicament(s) : Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle du traitement:	Médicament(s) : Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : Modalités d'administration :

Examens et suivi :

RADIOTHERAPIE : Oui Non

Dr

Organe traité : Chimiothérapie concomitante : Oui Non

Date de la 1^{ère} séance : .../.../..... Date prévisionnelle de fin : .../.../..... Nombre prévisionnel de séances de radiothérapie :

Examens et suivi :

CURIETHERAPIE : Oui Non

Dr

Organe traité :

Date(s) : .../.../.....

Examens et suivi :

ACTE INTERVENTIONNEL : Oui Non

Dr

Type(s) d'acte(s) : Date(s) de(s) rendez-vous : .../.../.....

Type(s) d'acte(s) : Date(s) de(s) rendez-vous : .../.../.....

Type(s) d'acte(s) : Date(s) de(s) rendez-vous : .../.../.....

Examens et suivi :

AUTRES TRAITEMENTS : Oui Non

Dr

Type de traitement : Date(s) : .../.../.....

Examens et suivi :

Soins de support

Les soins de support constituent une approche globale des besoins d'accompagnement face à la maladie pour assurer une meilleure qualité de vie.

Évoqués dès la consultation d'annonce, les soins de support sont proposés après l'évaluation des besoins par le médecin traitant ou l'équipe de soins.

Ils sont mis en oeuvre dès le début de la prise en charge, et peuvent évoluer tout au long de la maladie, pendant et après les traitements

Vous souhaitez plus d'informations sur les Soins de Support ?
Téléchargez la brochure en scannant le QR Code :



Planning prévisionnel

	MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...										
	Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines										
	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
	DATES				DATES				DATES				DATES				DATES				DATES														
CHIMIOThERAPIE LIEU :																																			
IMMUNOTHERAPIE / THERAPIE CIBLEE LIEU :																																			
HORMONOTHERAPIE LIEU :																																			
RADIOThERAPIE LIEU :																																			
CURIETHERAPIE LIEU :																																			
BILANS SANGUINS LIEU :																																			
BILANS RADIOLOGIQUES LIEU :																																			
CONSULTATIONS DR																																			
AUTRES (PRECISER)																																			

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'anxiété 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 :

