

Cadre réservé à l'équipe de soins

Date : .....

Réalisé par (Nom) : .....

Fonction : .....

Nom du Médecin traitant : .....

Couverture sociale Sécurité sociale : Oui  Non

Mutuelle : Oui  Non

ALD : Oui  Non

IDENTIFICATION DU PATIENT

Sexe : M  F

Nom : .....

Nom de Jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

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

(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

Avez-vous des enfants à charge ? Oui  Non

Si oui, nombre d'enfants : .....

Age des enfants : .....

Vivez-vous seul ? Oui  Non

Etes-vous aidant d'un proche ? Oui  Non

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

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

Avez-vous des inquiétude(s) sur le plan financier, professionnel, familial ou sur l'hébergement ? 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)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>) : .....

(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

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Médecin traitant  Médecin algologue

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

Médecin traitant  Assistant(e) social(e)

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

PRISE EN CHARGE DIETETIQUE ET NUTRITION

Médecin traitant  Médecin nutritionniste  Diététicien(ne)

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Médecin traitant  Médecin psychiatre  Psychologue

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

CONSEILS D'HYGIENE DE VIE

Médecin traitant  Médecin addictologue

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

(6) **ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)**

Faites-vous régulièrement de l'exercice physique ? Oui  Non

Si non, pourquoi ? .....

Savez-vous que l'Activité Physique est conseillée tout au long du parcours et dans l'après-cancer ? Oui  Non

Souhaitez-vous une consultation APA ? Oui  Non

(7) **PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITE**

Ressentez-vous une altération de votre image corporelle ? Oui  Non

Avez-vous des troubles de la sexualité ? Oui  Non

Avez-vous des troubles gynécologiques/urologiques ? Oui  Non

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

(8) **SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESERVATION DE LA FERTILITE**  
*(à compléter selon l'âge du patient)*

Avez-vous un projet parental ? Oui  Non

Avez-vous été informé :

Sur d'éventuels risques d'infertilité, selon le traitement que vous devez recevoir ? Oui  Non

Sur les possibilités de prise en charge le cas échéant ? Oui  Non

Une prise en charge est-elle déjà en cours ? Oui  Non

Si oui, préciser : .....

(9) **SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PROCHES/AIDANTS**

Etes-vous entouré d'un proche / aidant ? Oui  Non

Si oui, votre proche/aidant a-t-il besoin d'un soutien psychologique/autre ? Oui  Non

**SYNTHESE** (Cadre réservé à l'équipe de soin)

Large empty area with horizontal dotted lines for writing a synthesis.

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT**  
*(si dispensé au sein de l'établissement)*

Intérêt pour un programme d'éducation thérapeutique : Oui  Non

**ORIENTATION**

**ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE**

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITE**

Médecin traitant  Médecin gynécologue  Médecin urologue

Sexologue  Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESERVATION DE LA FERTILITE**

Référent oncofertilité  Centre de Préservation de la fertilité

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PROCHES/AIDANTS**

Médecin traitant  Médecin psychiatre  Psychologue

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT**

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**INFORMATIONS UTILES**

**LES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS VOTRE REGION :**

Consultez les programmes autorisés par l'ARS dans Oscars ETP :

[www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/etp](http://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/etp)

**SOINS DE SUPPORT PROCHE DE CHEZ VOUS :**

Consultez notre Répertoire Régional des Soins de Support :

[www.soins-support-cancer-paca-corse.org](http://www.soins-support-cancer-paca-corse.org)

QUESTIONNEZ VOTRE ÉQUIPE DE SOINS SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SUPPORT 