

Cadre réservé à l'équipe de soins

Date :

Réalisé par (Nom) :

Fonction :

Avant traitement du cancer

Pendant traitement du cancer

Après traitement (après cancer)

Nom du médecin 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

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)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) :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Sexe : M F

Nom :

Nom de Jeune fille :

Prénom(s) :

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

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 :

