

Fiche d'aide au repérage rapide des besoins en Soins Oncologiques de Support pour les adolescents et jeunes adultes

Nom du médecin traitant :

Sécurité sociale : Oui Non ALD : Oui Non Pendant traitement Post traitement

Mutuelle : Oui Non Traitement

Date :

Réalisé par :

Fonction :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Diététique & Nutrition

Votre appétit est : Augmenté Diminué Inchangé Aucun appétit

Avez-vous des symptômes associés ? Oui Non
(troubles de la déglutition, mastication, nausées et vomissements, ...)

Si oui, lesquels :

Votre poids actuel : kg Votre taille : m

Votre poids habituel avant la maladie : kg

Conseils hygiène de vie

Fumez-vous ? Oui Non

Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non

Nombre de verres : Fréquence :

Consommez-vous d'autres substances ? Oui Non
(cannabis, cocaïne, opioïdes, ...)

Si oui, précisez :

Douleur

Avez-vous des douleurs ? Oui Non

Si oui, localisation de la douleur ?

Est-ce une nouvelle douleur ? Oui Non

Intensité moyenne de la douleur de 0 à 10
(0 = aucune, 10 = importante)

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

Prenez-vous un traitement pour les douleurs ? Oui Non

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

Les traitements vous soulagent-ils ? Oui Non

Prise en charge sociale, familiale, scolaire et/ou professionnelle

Avez-vous des enfants ou une personne à charge ? Oui Non

Si oui, combien ? Age(s) :

Vivez-vous seul ? Oui Non

Avez-vous des aidants ? Oui Non

Etes-vous isolé ? Oui Non

Avez-vous des difficultés dans les activités de la vie quotidienne? (courses, conduite, toilette, repas, habillage..) Oui Non

Avez-vous des inquiétudes sur le plan financier, familial ou sur l'hébergement ? Oui Non

Avez-vous besoin d'informations sur les conséquences sociales et financières de votre maladie ? (affection longue durée, droits, prestations, démarches à effectuer..) Oui Non

Avez-vous besoin d'aides pour poursuivre ou reprendre votre scolarité, formation ? Oui Non

Souhaitez-vous plus d'informations sur le maintien ou le retour à l'emploi (aménagements possibles, droits, réorientation...)? Oui Non

Préservation de la fertilité

Avez-vous un projet parental ? Oui Non

Souhaitez-vous des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur votre capacité à avoir des enfants à l'avenir ? Oui Non

Activité physique adaptée (APA)

Faites-vous de l'exercice physique ? Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

Si non, pourquoi ?

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

Intensité moyenne de la fatigue de 0 à 10 :
(0 = aucune, 10 = importante)

Souhaitez-vous un accompagnement en APA ?
 Oui Non

Image de soi et sexualité

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

Avez-vous des troubles de votre vie intime et sexuelle ? Oui Non

Avez-vous des troubles gynécologiques /urologiques ? Oui Non

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

Accompagnement psychologique patient

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

Accompagnement psychologique de l'aidant

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

Si oui, a-t-il besoin d'un soutien psychologique, temps de répit ou autre ?

Education thérapeutique (ETP)

L'ETP est un accompagnement proposé aux personnes vivants avec une ou plusieurs maladies chroniques et leur entourage. Son but est de permettre à la personne de vivre au mieux avec la maladie en suivant un parcours personnalisé.

Des ateliers collectifs seront proposés par des professionnels et des patients ressources permettant d'apporter leur expertise.

Souhaitez-vous des informations sur l'éducation thérapeutique ?

Oui Non

Retrouvez un maximum d'informations sur les programmes d'ETP proposés en Normandie sur le site de Planeth Patient :

www.planethpatient.fr



Fonctions cognitives et motrices

Rencontrez-vous actuellement des difficultés dans les domaines suivants ?

Mémoire

Attention

Réalisation de plusieurs tâches en même temps

Avez-vous constaté une perte ou une diminution de certaines capacités physiques ou sensorielles (par exemple : marcher, saisir des objets, entendre, voir, parler, avaler, ressentir le toucher) ?

Oui Non

Compréhension de la surveillance de la maladie

Les informations concernant la surveillance ou le suivi de votre maladie sont-elles suffisantes ?

Oui

Moyen Si moyen ou non, précisez :

Non

Les informations relatives à la fin des traitements actifs et aux éventuelles séquelles vous semblent-elles claires et compréhensibles ?

Oui

Moyen Si moyen ou non, précisez :

Non

SYNTHÈSE

ORIENTATION

Conseils d'hygiène de vie

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Diététique et nutrition

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Douleur

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Sociale, familiale, professionnelle

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Psychologique

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Activité Physique Adaptée

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Troubles de la sexualité

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Préservation de la fertilité

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

INFORMATIONS UTILES

Annuaire des soins oncologiques de support

Trouvez des soins de support proches de chez vous !

www.onconormandie.fr



Dispositifs de prise en charge financière

Pendant les traitements :

NUTRIPAC : sur prescription médicale, 3 heures de consultations avec un diététicien au plus proche du domicile.

www.onconormandie.fr/nutripac

Pendant et après le traitements :

IMAPAC : sur prescription médicale, 15 séances d'activité physique adapté +1 temps orientation final au plus proche du domicile.

www.imapac.fr

Après les traitements :

PARSAC - sur prescription médicale : 1 bilan en APA et/ou 1 bilan et des consultations diététiques et/ou psychologiques.

www.onconormandie.fr/PARSAC

Contactez votre comité départemental de la ligue Contre le Cancer, pour découvrir les offres :



Calvados : 02 31 86 45 85

Eure : 02 32 39 39 45

Manche : 02 33 05 60 48

Orne : 02 33 27 89 22

Seine-Maritime : 02 35 89 20 26

Autres contacts

Informations proposées pour tous les patients même si vous êtes soignés dans un autre établissement :

Espaces Patients & Proches

Centre François Baclesse - Caen : 02 31 45 50 64

La Bulle

Centre Henri Becquerel - Rouen : 02 32 08 29 33

NOTES

