

Fiche d'aide au repérage rapide des besoins en Soins Oncologiques de Support pour les enfants

Nom du médecin traitant :

Sécurité sociale : Oui Non Pendant traitement Post traitement

ALD : Oui Non

Mutuelle : Oui Non Traitement Secteur géographique

Date :

Réalisé par :

Fonction :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Diététique & Nutrition

Ton appétit est : Augmenté Diminué Inchangé Aucun appétit

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

Si oui, lesquels :

Ton poids actuel : kg Ta taille : m

Ton poids habituel avant la maladie : kg

Conseils hygiène de vie

Te sens-tu fatigué(e) dans la journée ? Jamais Un peu Souvent

Fais-tu la sieste ? Non

Si oui, combien de temps ?

À quelle heure vas-tu dormir ?

À quelle heure te réveilles-tu ?

Dors-tu bien la nuit ? Oui Ça dépend Non

Combien de temps passes-tu sur les écrans par jour ? (téléphone, tablette, télévision) - d'1h Entre + de 2h
1 et 2h

As-tu des douleurs ? Oui Non

Douleur

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 ton sommeil, tes activités habituelles ?
 Oui Non

Prends-tu un traitement pour les douleurs ? Oui Non

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

Les traitements te soulagent-ils ? Oui Non

Partie à compléter par le représentant légal

Prise en charge sociale, familiale, scolaire et éducative

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

Si oui, combien ? Âge(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 repris le travail ? 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 la maladie de votre enfant ? (affection longue durée, droits, prestations, démarches à effectuer..) Oui Non

Avez-vous besoin d'aides pour poursuivre ou reprendre la scolarité de votre enfant ? Oui Non

Dans quelle classe est votre enfant ?

A t'il redoubler ? Oui Non

Scolarité à temps plein ou partiel ?

Difficultés d'apprentissages ? Oui Non AVS ? Oui Non

Préservation de la fertilité

Est-ce que votre enfant a bénéficié d'une préservation de la fertilité ? Oui Non

Si votre enfant a des questions savez-vous vers qui vous tourner ? Oui Non

Activité physique adaptée (APA)

Pratiques-tu un sport avant/pendant la maladie ? Oui Non

Si oui, quelle activité ? quelle fréquence ?

Si non, pourquoi ?

Sais-tu 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)

Souhaites-tu un accompagnement en APA ?

Oui Non

Image de soi

Est ce que tu te sens bien dans ton corps ? Y a t-il quelque chose qui ne te plaît pas ? Oui Non

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

Présentes-tu des troubles gyneco, digestif et/ou urologique à la suite de la maladie ? Oui Non

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

Accompagnement psychologique patient

- Es-tu angoissé, anxieux ? Oui Non
- Te réveilles-tu la nuit ? Oui Non
- As-tu une baisse de moral ces derniers temps ? Oui Non
- As-tu déjà eu des épisodes dépressifs ? Oui Non
- Souhaites-tu un soutien d'ordre moral ? Oui Non

Accompagnement de l'entourage familial

- Penses-tu qu'un membre de la famille aurait besoin d'un soutien psychologique ? (enfants, parents, proches..) 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.

- Souhaites-tu des informations sur l'éducation thérapeutique ? Oui Non



Retrouve 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

Rencontres-tu actuellement des difficultés dans les domaines suivants ?

- Mémoire Attention Réalisation de plusieurs tâches en même temps

As-tu 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 Si oui, le(s)quel(s) ?

As-tu déjà consulté un orthophoniste ?

- Oui Non En cours de suivi

Es-tu suivi par un autre professionnel (psychomotricien, ergothérapeute, médecin spécialiste) ?

- Oui Non En cours de suivi

Compréhension de la surveillance de la maladie

Les informations concernant la surveillance ou le suivi de ta 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 te semblent-elles claires et compréhensibles ?

- Oui
 Moyen Si moyen ou non, précisez :
 Non

As-tu bénéficié de la consultation SALTO ? Oui 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

Trouve des soins de support proches de chez toi !

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 les 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

Plateforme prise de rendez-vous rapide orthophoniste : inzee.care / allo.ortho

NOTES

