

Recueil de données soins de support

Initial Pendant traitement

Date :
Réalisé par (Nom)
Fonction

Nom- prénom
Date de naissance

DOULEUR	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui : Perturbe-t-elle le sommeil ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Perturbe-t-elle les activités habituelles ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
EN (dernière semaine)	Moyenne : Minimum : Maximum :
Traitement :	
<i>Patient orienté vers</i> Autre (coordonnées) <input type="checkbox"/>	Médecin traitant <input type="checkbox"/> Oncologue <input type="checkbox"/>

NUTRITION	
Avez-vous perdu du poids depuis 6 mois ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Présentez-vous une anorexie, des nausées, vomissements ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles de la déglutition ou mastication ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Prenez-vous des compléments alimentaires :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<i>Patient orienté vers</i>	Médecin traitant <input type="checkbox"/> Nutritionniste (coordonnées) <input type="checkbox"/>
Autre (coordonnées) <input type="checkbox"/>	Diététicienne (coordonnées) <input type="checkbox"/>

PSYCHOLOGIE	
Avez-vous des antécédents de dépression ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge psychologique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Êtes-vous demandeur d'un soutien psychologique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Soutien psychologique proposé :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Le patient refuse <input type="checkbox"/> accepte <input type="checkbox"/> en attente <input type="checkbox"/>	
<i>Patient orienté vers</i> (coordonnées)	

REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLEVous sentez-vous fatigué ? OUI NON Avez-vous des difficultés à maintenir votre activité physique habituelle? OUI NON Avez-vous perdu une ou des capacités ? OUI NON (ex : voir, parler, marcher, avaler, entendre.....)Avez-vous eu un curage ganglionnaire ? OUI NON

Localisation

*Patient orienté vers*Médecin traitant Autre (coordonnées) **SOCIAL ET PROFESSIONNEL**Vivez-vous seul ? OUI NON Votre logement est-il adapté ? OUI NON Avez-vous des difficultés dans les activités quotidiennes ? OUI NON Avez-vous une activité professionnelle ? OUI NON

Si oui, laquelle ? :

Pensez-vous parler de votre pathologie avec votre médecin du travail ? OUI NON Avez-vous des difficultés au plan professionnel, financier, familial ? OUI NON *Patient orienté vers*Médecin traitant Assistante sociale (coordonnées) Autre (coordonnées) **HABITUDES DE VIE**Consommation Tabac Aucune Occasionnelle Journalière Consommation Alcool Aucune Occasionnelle Journalière Activité physique Aucune Occasionnelle Journalière **AUTRE***Patient orienté vers* (coordonnées)