

# Recueil de données soins de support fin parcours thérapeutique

Date :  
Réalisé par (Nom)  
Fonction :

Nom- prénom  
Date de naissance

<b>DOULEUR</b>	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 suivi par</i>	<i>Patient orienté vers</i>	
Médecin traitant <input type="checkbox"/> Oncologue <input type="checkbox"/>	Médecin traitant <input type="checkbox"/>	Oncologue <input type="checkbox"/>
Autre (coordonnées) <input type="checkbox"/>	Autre (coordonnées) <input type="checkbox"/>	

<b>NUTRITION</b>	IMC :	
Avez-vous perdu du poids depuis 6 mois ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous pris 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"/>
Etes-vous alimenté par sonde ou perfusion ?	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"/>	

<b>PSYCHOLOGIE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà bénéficié d'un soutien psychologique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés pour reprendre ou maintenir des activités de loisirs ?	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 (coordonnées)</i>		

**REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE**

Vous 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**

Vivez-vous seul ? OUI  NON   
Votre logement est-il adapté ? OUI  NON   
Avez-vous des difficultés dans les activités quotidiennes ? OUI  NON   
Avez-vous des difficultés au plan professionnel, financier, familial ? OUI  NON

*Patient orienté vers*Médecin traitant Assistante sociale (coordonnées) Autre (coordonnées) **PROFESSIONNEL**

Envisagez-vous de reprendre votre activité professionnelle? OUI  NON   
Pensez-vous que cela soit possible ? OUI  NON   
Si non, pourquoi ?  
Avez-vous eu un contact avec votre médecin du travail ? OUI  NON

*Patient orienté vers*Médecin traitant Assistante sociale (coordonnées) Médecin du travail (coordonnées) **HABITUDES DE VIE**

Consommation Tabac Aucune    Occasionnelle    Journalière   
Consommation Alcool Aucune    Occasionnelle    Journalière   
Activité physique Aucune    Occasionnelle    Journalière

**AUTRE :***Patient orienté vers* (coordonnées)