

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION INFIRMIERE
A 3 MOIS

CHIMIOThERAPIES ORALES :
PROJET REGIONAL D'ACCOMPAGNEMENT

Nom de l'infirmière :

Nom du patient :

Age du patient __/__/

Sexe : Homme Femme

Votre intervention au domicile du patient :

A quel rythme passez-vous au domicile ?

1 fois par semaine 2 fois par mois 1 fois par mois autre :

Comptez-vous les comprimés à chaque visite ? Oui Non

si non pourquoi ?

Avez-vous détecté une mauvaise observance ? Oui Non

Si oui : avez-vous réalisé une sensibilisation pour améliorer l'observance ? Oui Non

Si oui, avez-vous remarqué une amélioration suite à votre action? Oui Non

Avez-vous détecté des effets indésirables chez votre patient ? Oui Non

Si oui, quel type d'effet avez-vous détecté ?

Durée moyenne de l'intervention de l'infirmière :

Date : le/...../.....

A retourner au Réseau Onco-Normand
Centre Municipal de Santé
2 avenue de la Libération
76300 SOTTEVILLE LES ROUEN