

Sommaire

COORDONNÉES ET RÉPERTOIRE DE SANTÉ

CORRESPONDANCE

AGENDA

FICHES DE SUIVI INFIRMIER

SOINS DE SUPPORT

PROTOCOLES

ORDONNANCES

RÉSULTATS ET AUTRES EXAMENS

PRESTATAIRES

PPS PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS
PPAC PROGRAMME PERSONNALISÉ DE L'APRÈS CANCER

Madame, Monsieur,

Ce dossier est destiné au suivi de votre maladie cancéreuse.

Il a pour objectif d'améliorer la communication et les échanges d'informations concernant vos traitements et votre maladie, entre les différents professionnels de santé de la ville et de l'hôpital.

Il est donc important que vous le présentiez systématiquement à chacun des professionnels de santé qui vous prend en charge en ville et à l'hôpital (médecin, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, etc.), pour une meilleure prise en charge.

→ En cas de problème à la maison, QUE FAIRE ?

Vous disposez d'ordonnances pour faire face aux effets secondaires possibles du traitement (par exemple : diarrhée, vomissements, etc). Si elles ne suffisent pas ou sont sans rapport avec votre problème :

En premier

Contactez votre médecin traitant.

En second

En dehors des heures d'ouverture du cabinet médical ou en cas de grande urgence :
COMPOSEZ LE 15

En troisième

Contactez l'établissement de référence.
Pharmacie de garde : APPELEZ LE 3237

Imprimez des fiches complémentaires
à insérer dans votre Dossier de Liaison sur :

www.oncobassenormandie.fr



Connectez vous à www.oncobassenormandie.fr,
Cliquez sur le bouton Dossier de liaison pour imprimer de nouvelles fiches



CISS Basse-Normandie (Collectif Interassociatif Sur la Santé)

1018 Grand Parc
14200 Hérouville Saint Clair
02 31 83 01 43
CISS.bn@orange.fr
www.leciss.org



Réseau Régional de Cancérologie OncoBasseNormandie

3, place de l'Europe
14200 Hérouville Saint-Clair
09 82 56 98 82
secretariat@oncobn.fr
www.oncobassenormandie.fr



Ligue Contre le Cancer www.ligue-cancer.net

Comité Départemental du Calvados (cd14)

15, rue de Langannerie - BP216
14012 Caen Cedex
02 31 86 45 85
cd14@ligue-cancer.net

Comité Départemental de la Manche (cd50)

19, rue du Maréchal Leclerc - BP 386
50006 Saint-Lô Cedex
02 33 05 60 48
cd50@ligue-cancer.net

Comité Départemental de l'Orne (cd61)

8, Rue Camille Violand - BP 16
61001 Alençon cedex01
02 33 27 89 22
cd61@ligue-cancer.net



INCa (Institut National du Cancer)
www.e-cancer.fr/

Nom

.....

Nom de jeune fille

Prénom

.....

Date et lieu de naissance le / / à

Adresse

.....

.....

|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse temporaire (si différente de l'adresse habituelle pendant les soins)

.....

|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone

Domicile :

Travail :

Mobile :

Adresse mail

.....

PERSONNE À CONTACTER

Personne à contacter notamment en cas d'hospitalisation

Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Date et lieu de naissance le / / à

Adresse

|_|_|_|_|_|_|

Adresse temporaire (si différente de l'adresse habituelle pendant les soins)

|_|_|_|_|_|_|

Téléphone

Domicile :

Travail :

Mobile :

Adresse mail

RÉPERTOIRE DE SANTÉ

Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

→ Médecin généraliste

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Adresse :

URGENCE : en l'absence du médecin traitant composez le 15.

→ Établissements de Santé

STANDARD

Établissement :
Téléphone :
Adresse :

MÉDECIN CANCÉROLOGUE RÉFÉRENT

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse (si différente) :

INFIRMIER(E) Consultation d'annonce

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse (si différente) :

RADIOTHÉRAPEUTE

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse (si différente) :

CHIRURGIEN

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse (si différente) :

Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

→ Soins de support

PSYCHOLOGUE

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

ÉQUIPE DOULEUR

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

ASSISTANT(E) SOCIAL(E)

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

NUTRITION / DIÉTÉTIQUE

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

KINÉSITHÉRAPEUTE

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

→ Professionnels de Santé Libéraux

MÉDECIN SPÉCIALISTE

Spécialité : NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

MÉDECIN SPÉCIALISTE

Spécialité : NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

MÉDECIN SPÉCIALISTE

Spécialité : NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

INFIRMIÈR(E) LIBÉRAL(E)

NOM Prénom : Formation en chimiothérapie :
Téléphone :
Adresse :

PHARMACIEN

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

LABORATOIRE D'ANALYSE

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

AMBULANCIER

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

RÉPERTOIRE DE SANTÉ

Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

→ Autres

MÉDECIN DU TRAVAIL

NOM Prénom :

Téléphone :

Adresse :

MÉDECIN CONSEIL

NOM Prénom :

Téléphone :

Adresse :

CHIRURGIEN DENTISTE

NOM Prénom :

Téléphone :

Adresse :

HOSPITALISATION À DOMICILE

NOM Prénom :

Téléphone :

Adresse :

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

NOM Prénom :

Téléphone :

Adresse :

RÉPERTOIRE DE SANTÉ

Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

→ Autres

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :

NOM Prénom :
Téléphone :
Adresse :



Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

→ Correspondance entre professionnels

Date	Commentaires	Nom Signature



Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

→ Correspondance entre professionnels

Date	Commentaires	Nom Signature

CORRESPONDANCE

Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

→ Correspondance entre professionnels

Date	Commentaires	Nom Signature



Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

→ Correspondance entre professionnels

Date	Commentaires	Nom Signature

POSE D'UN DISPOSITIF VEINEUX IMPLANTABLE

Référence du matériel posé:

Date de pose du site : / /

Date d'utilisation du site	Reflux	Commentaires
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

POSE D'UN DISPOSITIF VEINEUX IMPLANTABLE

Référence du matériel posé:

Date de pose du site : / /

Date d'utilisation du site	Reflux	Commentaires
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	



Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....





Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

Nature des soins :
Date :
Soignant(s) :
Observation(s) :
.....
.....
.....

Nature des soins :
Date :
Soignant(s) :
Observation(s) :
.....
.....
.....

Nature des soins :
Date :
Soignant(s) :
Observation(s) :
.....
.....
.....

Nature des soins :
Date :
Soignant(s) :
Observation(s) :
.....
.....
.....



Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

Nature des soins :
Date :
Soignant(s) :
Observation(s) :
.....
.....
.....

Nature des soins :
Date :
Soignant(s) :
Observation(s) :
.....
.....
.....

Nature des soins :
Date :
Soignant(s) :
Observation(s) :
.....
.....
.....

Nature des soins :
Date :
Soignant(s) :
Observation(s) :
.....
.....
.....



Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....

Nature des soins :

Date :

Soignant(s) :

Observation(s) :

.....

.....

.....



Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

Date:
Réalisé par (NOM):
Fonction:

Initial Pendant traitement

→ Recueil de données (niveau 1)

Si une case «OUI» est cochée, veuillez remplir la fiche de niveau 2 correspondante téléchargeable sur le site

DOULEUR

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"/>
Échelle Numérique (0 à 10) cette dernière semaine :	Min :	Moy : Max :
Traitement		
Patient orienté vers : <input type="checkbox"/> Médecin traitant		
<input type="checkbox"/> Oncologue		
<input type="checkbox"/> Autre (coordonnées)		

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"/>
Patient orienté vers : <input type="checkbox"/> Médecin traitant		
<input type="checkbox"/> Nutritionniste (coordonnées)		
<input type="checkbox"/> Diététicien(ne) (coordonnées)		
<input type="checkbox"/> Autre (coordonnées)		

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"/>		
Patient orienté vers : (coordonnées)		



→ Informations générales sur les chimiothérapies orales

Ne laissez pas vos traitements à portée des enfants.

Lavez-vous les mains avant et après chaque manipulation.

Ne jetez pas vos traitements inutilisés ou les emballages à la poubelle.
Rapportez-les à votre pharmacien.

Ne prenez aucun autre médicament que ceux prescrits par votre médecin.

En cas d'oubli, ne doublez jamais la prise suivante et n'augmentez pas le nombre de prises.

Si par erreur vous avez pris trop de médicaments, contactez rapidement votre médecin.

→ Informations générales pour l'infirmier sur la préparation des cytotoxiques per os

Mettez une paire de gants, ne manipulez pas les comprimés à mains nues.

Ne broyez pas les comprimés, n'ouvrez pas les gélules.

Déposez le comprimé dans une cupule à usage unique et donnez-le immédiatement au patient.

Conseillez aux hommes d'uriner en position assise.

En cas de contamination des vêtements ou des draps (vomissures...), veillez à les séparer et lavez-les immédiatement en machine à température élevée (60-90°C)

→
INSÉREZ CI-APRÈS
VOS DERNIÈRES ORDONNANCES

→
RÉSULTATS
ET AUTRES EXAMENS

→
PRESTATAIRES

→
INSÉREZ CI-APRÈS ICI VOTRE
PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS)
PROGRAMME PERSONNALISÉ DE L'APRÈS CANCER (PPAC)

