

Sommaire

COORDONNÉES ET RÉPERTOIRE DE SANTÉ

CORRESPONDANCE

AGENDA

SOINS DE SUPPORT

PROTOCOLES

DIVERS
(PPS, PPAC, ETP, PRESTATAIRES...)

PPS PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS
PPAC PROGRAMME PERSONNALISÉ DE L'APRÈS CANCER
ETP ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

ORDONNANCES

RÉSULTATS ET AUTRES EXAMENS

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

INFOS UTILES



Réseau Régional de Cancérologie OncoBasseNormandie

28 Rue Bailey
14000 Caen
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/



Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support www.afsos.org



Réseau Régional Douleur Basse-Normandie <http://www.douleur-rrdbn.org>



Le service social de la CARSAT www.carsat-normandie.fr

Calvados : 02 31 46 99 10 Eure : 02 76 38 60 01
Manche : 02 50 48 70 12 Orne : 02 33 82 20 65

Seine-Maritime :

Rouen : 02 32 18 45 33 Le Havre : 02 32 74 07 77
Dieppe : 02 32 18 45 33

MES COORDONNÉES

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

.....

CONTACTS

→ Personne de confiance

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Adresse

|_|_|_|_|

Adresse temporaire

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

|_|_|_|_|

Téléphone

Domicile :

Travail :

Mobile :

Adresse mail

→ Personne à prévenir

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

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) :

RÉPERTOIRE DES CORRESPONDANTS (LIAISON VILLE-HÔPITAL)

→ Professionnels de santé libéraux

MÉDECIN SPÉCIALISTE

NOM Prénom :
Téléphone : Mail / Fax :

INFIRMIÈR(E) LIBÉRAL(E)

NOM Prénom :
Téléphone : Mail / Fax :

PHARMACIEN

NOM Prénom :
Téléphone : Mail / Fax :

LABORATOIRE D'ANALYSE MÉDICALE

NOM Prénom :
Téléphone : Mail / Fax :

AMBULANCIER

NOM Prénom :
Téléphone : Mail / Fax :

STRUCTURES EXTÉRIEURES

EPHAD :

Soins de suite et réadaptation :

Médecin du travail :

Médecin conseil :

INTERVENANTS DOMICILE

SSIAD :

HAD :

Auxiliaire de vie :

Prestataires de services :

RÉPERTOIRE DES CORRESPONDANTS (LIAISON VILLE-HÔPITAL)

→ Autres professionnels de santé

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 :

Fonction

NOM Prénom :
Téléphone : Mail / Fax :

Fonction

NOM Prénom :
Téléphone : Mail / Fax :

NOTES, QUESTIONS, COMMENTAIRES...

CORRESPONDANCE

Imprimez de nouvelles fiches sur
www.oncobassenormandie.fr



Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

2

→ Correspondance entre professionnels

Date	Fonction	Commentaires	Nom Signature

CORRESPONDANCE

Imprimez de nouvelles fiches sur
www.oncobassenormandie.fr



Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

→ Correspondance entre professionnels

Date	Fonction	Commentaires	Nom Signature

CORRESPONDANCE

Imprimez de nouvelles fiches sur
www.oncobassenormandie.fr



Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

→ Correspondance entre professionnels

Date	Fonction	Commentaires	Nom Signature

AGENDA

Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

MES RENDEZ-VOUS

Date du RV	Heure	Lieu	Motif

MES SOINS À DOMICILE

Date de RV	Heure	Nature du soin (Bilan sanguin, prise du traitement, arrêt chimio, autre...)

AGENDA

Imprimez de nouvelles fiches sur
www.oncobassenormandie.fr



Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

MES RENDEZ-VOUS

Date du RV	Heure	Lieu	Motif

MES SOINS À DOMICILE

Date de RV	Heure	Nature du soin (Bilan sanguin, prise du traitement, arrêt chimio, autre...)

AGENDA

Nom:
Prénom:
Date de naissance: / /

MES RENDEZ-VOUS

Date du RV	Heure	Lieu	Motif

MES SOINS À DOMICILE

Date de RV	Heure	Nature du soin (Bilan sanguin, prise du traitement, arrêt chimio, autre...)

AGENDA

Imprimez de nouvelles fiches sur
www.oncobassenormandie.fr



Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

MES RENDEZ-VOUS

Date du RV	Heure	Lieu	Motif

MES SOINS À DOMICILE

Date de RV	Heure	Nature du soin (Bilan sanguin, prise du traitement, arrêt chimio, autre...)

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	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	



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	Coordonnées
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 :	NOM Prénom Tél. Mail Adresse
Traitement	
Patient orienté vers : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Oncologue <input type="checkbox"/> Autre	

NUTRITION	Coordonnées
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"/>	NOM Prénom Tél. Mail Adresse
Patient orienté vers : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Nutritionniste <input type="checkbox"/> Diététicien(ne) <input type="checkbox"/> Autre	

PSYCHOLOGIE	Coordonnées
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"/>	NOM Prénom Tél. Mail Adresse
Patient orienté vers :	



Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION 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 ?
(ex : voir, parler, marcher, avaler, entendre...)
oui non Avez-vous eu un curage ganglionnaire ? oui non

Localisation

Patient orienté vers : Médecin traitant
 Autre

Coordonnées

NOM Prénom
.....
.....Tél.
.....Mail
.....
.....Adresse
.....
.....

SOCIAL ET PROFESSIONNEL

Vivez-vous seul ? oui non Votre logement est-il inadapté ? oui non Avez-vous des difficultés
dans les activités quotidiennes ? oui non Etes-vous sans profession ? oui non

Si non, laquelle ?

Pensez-vous parler de votre pathologie
avec votre médecin du travail ? oui non Avez-vous des difficultés sur le plan
professionnel, financier, familial ? oui non Patient orienté vers : Médecin traitant
 Assistant(e) social(e)
 Autre

Coordonnées

NOM Prénom
.....
.....Tél.
.....Mail
.....
.....Adresse
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTRE

Coordonnées

NOM Prénom
.....
.....

Tél.

Mail:

Patient orienté vers :

PRISE EN CHARGE EN SOINS DE SUPPORT

Date	Commentaires

PRISE EN CHARGE EN SOINS DE SUPPORT

Date	Commentaires



→ 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.

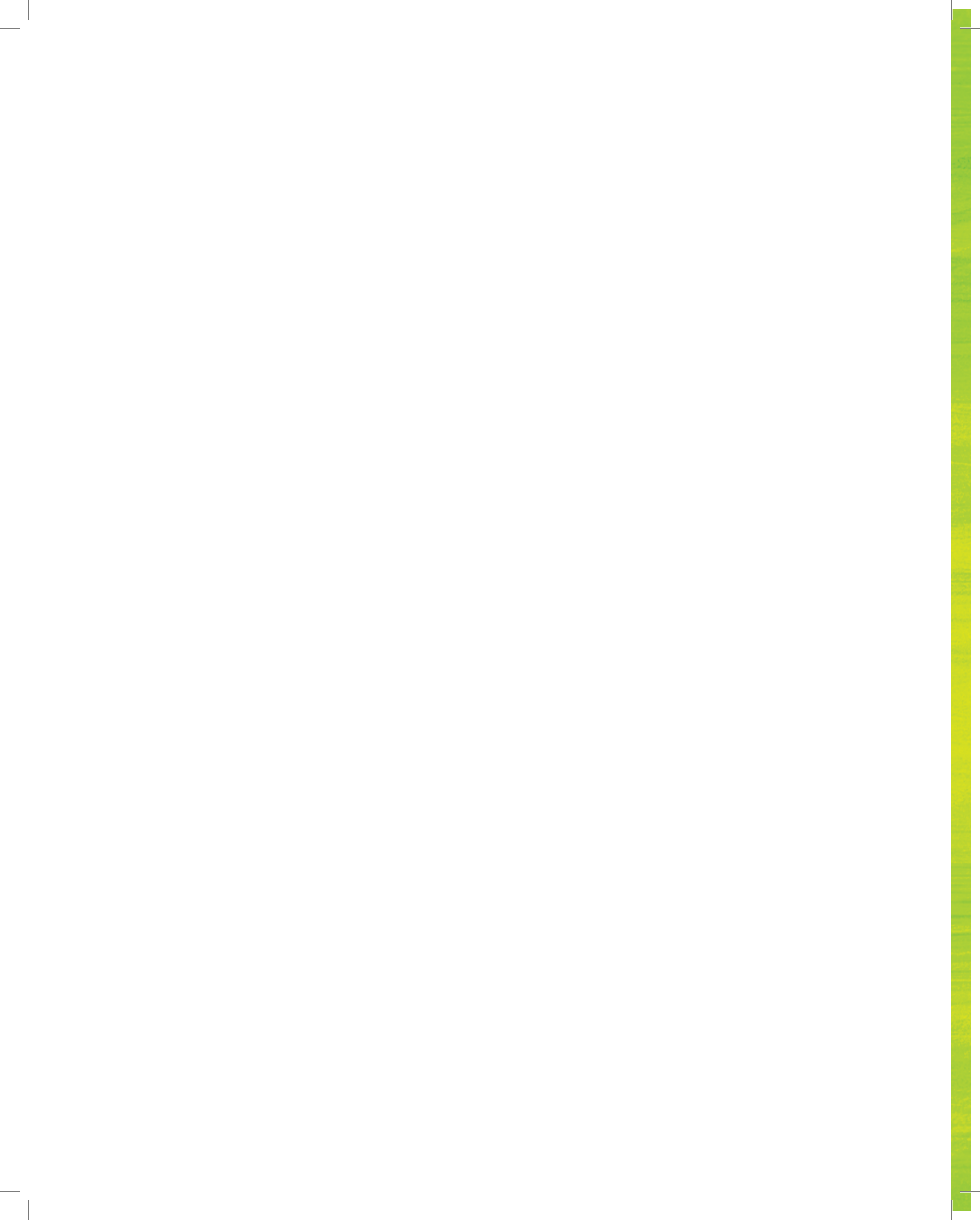
Déposez le comprimé dans une cupule à usage unique et donnez-le immédiatement au patient.

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)



→
DIVERS
(PPS, PPAC, ETP, PRESTATAIRES...)



→
INSÉREZ CI-APRÈS
VOS DERNIÈRES ORDONNANCES



→
RÉSULTATS
ET AUTRES EXAMENS

