

Fiche d'aide au repérage rapide des besoins en Soins Oncologiques de Support

Nom du médecin traitant :

Sécurité sociale : Oui Non ALD : Oui Non Pendant traitement Post traitement
Mutuelle : Oui Non Traitement :

Date :
Réalisé par :
Fonction :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom(s) :
Date de naissance : / /
Sexe : F M

Conseils hygiène de vie

Fumez-vous ? : Oui Non
Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non
Nombre de verres : Fréquence :
Consommez-vous d'autres substances ? Oui Non
(Cannabis, cocaïne, opioïdes etc...)
Si oui, précisez :

Diététique & Nutrition

Votre appétit est : Augmenté Diminué Inchangé Aucun appétit
Avez-vous des symptômes associés ? Oui Non
(Troubles de la déglutition, mastication, nausées et ou vomissements...)
Si oui, lesquels :
Votre poids actuel (kg) : Votre taille (m) :
Votre poids habituel avant la maladie (kg) :

Douleur

Avez-vous des douleurs ? Oui Non
Si oui, localisation de la douleur ?
Est-ce une nouvelle douleur ? Oui Non
Intensité moyenne de la douleur de 0 à 10 (0 = aucune, 10 = importante)
La douleur perturbe-t-elle votre sommeil ? Vos activités habituelles ?
Oui Non
Prenez-vous un traitement pour les douleurs ? Oui Non
Si oui, le(s)quel(s)
Les traitements vous soulagent-ils ? Oui Non

Activité physique adaptée (APA)

Faites-vous de l'exercice physique ? Oui Non
Si oui, à quelle fréquence ?
Si non, pourquoi ?
Savez-vous que l'activité physique est conseillée tout au long du parcours et dans l'après-cancer ? Oui Non
Intensité moyenne de la fatigue de 0 à 10 (0 = aucune, 10 = importante)
Souhaitez-vous un accompagnement en APA ? Oui Non

Prise en charge sociale, familiale et professionnelle

Avez-vous des enfants ou une personne à charge ? Oui Non
Si oui, combien ? Age(s) :
Vivez-vous seul ? Oui Non
Avez-vous des aidants ? Oui Non
Etes-vous isolé ? Oui Non
Avez-vous des difficultés dans les activités de la vie quotidienne ? (courses, conduite, toilette, repas, habillage..) Oui Non
Avez-vous des inquiétudes sur le plan financier, familial ou sur l'hébergement ?
Oui Non
Avez-vous besoin d'informations sur les conséquences sociales et financières de votre maladie ? (affection longue durée, droits, prestations, démarches à effectuer..)
Oui Non
Souhaitez-vous plus d'informations sur le maintien ou le retour à l'emploi ?
Oui Non

Orientation

Douleur
Nom :
Fonction :
Téléphone :
Sociale, familiale, pro
Nom :
Fonction :
Téléphone :
Diététique & Nutrition
Nom :
Fonction :
Téléphone :
Psychologique
Nom :
Fonction :
Téléphone :
APA
Nom :
Fonction :
Téléphone :
Troubles de la sexualité
Nom :
Fonction :
Téléphone :
Préservation de la fertilité
Nom :
Fonction :
Téléphone :
Conseils d'hygiène de vie
Nom :
Fonction :
Téléphone :

Informations utiles

Annuaire des soins de support

Trouvez des soins de support proches de chez vous !

www.onconormandie.fr



Dispositifs de prise en charge financière

Pendant les traitements :

NUTRIPAC : sur prescription médicale, 3 heures de consultations avec un diététicien au plus proche du domicile.

(www.onconormandie.fr/nutripac)

Pendant et après les traitements :

IMAPAC : sur prescription médicale, 15 séances d'activité physique adapté +1 temps orientation final au plus proche du domicile (www.imapac.fr)

Après les traitements :

PARSAC : sur prescription médicale, 1 bilan en APA et/ou 1 bilan et des consultations diététiques et/ou psychologiques (www.onconormandie.fr/PARSAC)

Contactez votre comité départemental de la ligue Contre le Cancer, pour découvrir les offres :

14 : 02 31 86 45 85 61 : 02 33 27 89 22

27 : 02 32 39 39 45 76 : 02 35 89 20 26

50 : 02 33 05 60 48



Autres contacts

(informations proposées pour tous les patients même si vous êtes soignés dans un autre établissement) :

Espaces Patients & Proches

Centre François Baclesse (Caen) 02 31 45 50 64

La Bulle

Centre Henri Becquerel (Rouen) 02 32 08 29 33

Accompagnement psychologique patient

Eprouvez-vous de l'angoisse ou de l'anxiété ? Oui Non

Avez-vous des troubles du sommeil ? Oui Non

Avez-vous une baisse de moral ces derniers temps ? Oui Non

Avez-vous déjà eu des épisodes dépressifs ? Oui Non

Souhaitez-vous un soutien d'ordre moral ? Oui Non

Image de soi et sexualité

Ressentez-vous une altération de votre image corporelle ? Oui Non

Avez-vous des troubles de votre vie intime et sexuelle ? Oui Non

Avez-vous des troubles gynécologiques/urologiques ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

Préservation de la fertilité (selon l'âge du patient)

Avez-vous un projet parental ? Oui Non

Souhaitez-vous des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur votre capacité à avoir des enfants à l'avenir ? Oui Non

Accompagnement psychologique de l'aidant

Etes-vous entouré d'un proche/aidant ? Oui Non

Si oui, a-t-il besoin d'un soutien psychologique ou autre ? :

Education thérapeutique (ETP)

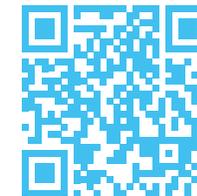
L'ETP est un **accompagnement** proposé aux personnes vivant avec une ou plusieurs **maladies chroniques** et leur entourage. Son but est de permettre à la personne de **vivre au mieux avec la maladie** en suivant un parcours personnalisé. Des **ateliers collectifs seront proposés** par des professionnels et des patients ressources permettant d'apporter leur **expertise**.

Souhaitez-vous des informations sur l'éducation thérapeutique ?

Oui Non

Retrouvez un maximum d'informations sur les programmes d'ETP proposés en Normandie :

www.planethpatient.fr



Synthèse