

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

Nom du médecin traitant :

Sécurité sociale : Oui Non ALD : Oui Non  
Mutuelle : Oui Non

Pendant traitement Post traitement  
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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.planethpatient.fr)



## Synthèse