

Nom : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation :    /    /

Prénom : \_\_\_\_\_ Réalisé par (nom et fonction) : \_\_\_\_\_

Date de naissance :    /    /

Traitements prévus ou reçus :  Chirurgie  Chimiothérapie  Radiothérapie  Hormonothérapie  Autre

## Evaluation de la douleur

Douleur :  Oui  Non

Traitement antalgique :  Oui  Non      Si oui, nom et posologie : .....

Intensité : .....

0 ----- 5 ----- 10

Efficacité  Oui  Non

Besoin du patient  Oui  Non

Si oui, orientation vers  Médecin traitant  Oncologue  Algologue  Hypno-thérapeute

Autre : .....

Précisez nom et coordonnées .....

## Evaluation psychologique (patient et proches/aidants)

Antécédents psychiatriques  Oui  Non

Angoisse, anxiété  Oui  Non

Asthénie/apathie  Oui  Non

Tristesse  Oui  Non

Troubles du sommeil  Oui  Non

Modification des relations (familiales et/ou sociales)  Oui  Non

Souffrance psychologique des proches et/ou aidants  Oui  Non

Inquiétude sur avenir  Oui  Non

Traitement  Oui  Non      Si oui, nom et posologie : .....

Soutien psychologique proposé (patient)  Oui  Non      Accepté  Oui  Non  En attente

Soutien psychologique proposé (entourage)  Oui  Non      Accepté  Oui  Non  En attente

Patient orienté vers (nom et coordonnées)  Psychologue  Psychiatre  ERI  Autre

Entourage orienté vers (nom et coordonnées)  Psychologue  Psychiatre  ERI  Autre

## Evaluation nutritionnelle

Poids actuel (kg) : ..... Poids il y a 6 mois : ..... Taille (m) : ..... IMC (poids/ taille<sup>2</sup>) : .....

% Perte de poids (  $\frac{\text{Perte de poids}}{\text{Ancien poids}} \times 100$  ) :  >10%  <10% Albumine : .....

Appétit :  Inchangé  Diminué  Augmenté

Troubles de la déglutition ou mastication :  Oui  Non Alimentation artificielle :  Oui  Non

Anorexie, nausées, vomissements :  Oui  Non Stomies :  Oui  Non

Besoin du patient  Oui  Non

Si oui, orientation vers :  Médecin traitant  Médecin nutritionniste  Diététicien  Stomatologue  
 Stomatothérapeute  Dentiste  ORL  Orthophoniste  Autre .....

Précisez nom et coordonnées : .....

## Evaluation sociale

Caisse de sécurité sociale  Oui  Non

Mutuelle  Oui  Non

ALD demandée  Oui  Non

Personnes à charge  Oui  Non

Entourage aidant  Oui  Non

Inquiétude sur devenir de la situation économique  Oui  Non

Besoin d'information sur droits et prestations  Oui  Non

Logement adapté  Oui  Non

Difficultés dans les activités quotidiennes  Oui  Non

Besoin d'aide dans la vie quotidienne  Ménage  Garde enfants  Repas  Courses  Toilette

Situation professionnelle : .....

Autre remarque : .....

Besoin du patient  Oui  Non

Si oui, orientation vers  Médecin traitant  Assistante sociale  Médecin du travail  Autre .....

Précisez nom et coordonnées : .....

## Evaluation physique/rééducation

Sensation de fatigue  Oui  Non

Difficulté à maintenir une activité physique habituelle  Oui  Non

Difficulté dans les activités de la vie quotidienne  Oui  Non

Perte d'une ou plusieurs capacités (parole, ouïe, vue...)  Oui  Non

ATCD de curage ganglionnaire  Oui  Non

Besoin du patient  Oui  Non

Si oui, orientation vers  Médecin traitant  Kinésithérapeute  animateur APA  Orthophoniste  Autre ..

Précisez nom et coordonnées : .....

## Conseils d'hygiène de vie

Tabac  Oui  Non Quantité : (PA)  
Alcool  Oui  Non Quantité : (Verres/j)  
Troubles des habitudes alimentaires  Oui  Non  
Inactivité/sédentarité  Oui  Non

Besoin du patient  Oui  Non  
Si oui, orientation vers  Médecin traitant  animateur APA  Diététicien  Addictologue/tabacologue  
 Autre  
Précisez nom et coordonnées : .....

## Fertilité et sexualité

*👉 Si patient âgé <50ans, si cancer de la sphère génitale, si patient pédiatrique : penser à la préservation de la fertilité*

Traitement à risque pour la fertilité  Oui  Non  
Altération de l'image de soi  Oui  Non  
Troubles de la sexualité  Oui  Non  
Troubles gynécologiques/urologiques  Oui  Non  
Autres : .....

Besoin du patient  Oui  Non  
Patient (+/- partenaire) orienté vers  Sexologue  Filière AMP  Psychologue  Autre .....

## Soins palliatifs

*Pour les cancers concernés si score A ou B Pronopall évoquer avec le patient les soins palliatifs.  
Dans les autres cas, y penser en cas de : absence de traitement curatif, évolution rapide de la maladie, facteurs pronostics péjoratifs, symptômes persistants malgré traitements, demande du patient ou de la famille d'informations sur les soins palliatifs.*

Besoin du patient  Oui  Non  
Patient orienté vers  Oncologue  EMSP  Autre .....

## Evaluation autres besoins

Socio-esthéticienne  Oui  Non  
Addictologue  Oui  Non  
Prothésiste capillaire  Oui  Non  
Sophrologue  Oui  Non  
Onco- génétique  Oui  Non  
Art-thérapie  Oui  Non  
Autre (précisez)  Oui  Non .....

Patient orienté vers (précisez noms et coordonnées) : .....

