

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/ taille²) :

% 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
Précisez nom et coordonnées :

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
Précisez nom et coordonnées :

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) :
.....

