

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 :

Symptômes associés (modification appétit, nausées, troubles déglutition/mastication...) :

Autres (stomies, alimentation artificielle...) :

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

Sécurité sociale/ mutuelle :

Entourage/ aidants :

Personnes à charge :

Logement/ aide à domicile :

Situation professionnelle/financière :

Autre :

Besoin du patient Oui Non

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

Précisez nom et coordonnées :

Evaluation physique/rééducation

Evaluation de l'activité physique quotidienne :

Limitation dans les activités habituelles :

Autre :

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 :

Alcool :

Troubles des habitudes alimentaires :

Inactivité/sédentarité :

Besoin du patient Oui Non

Si oui, orientation vers Médecin traitant animateur APA Diététicien Addictologue/tabacologue

Autre

Précisez nom et coordonnées :

Sexualité et fertilité

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

Couple/libido/troubles de la sexualité :

.....

Traitement gonadotoxique :

Autre :

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

Prothésiste capillaire Oui Non

Sophrologue Oui Non

Addictologue Oui Non

Onco- génétique Oui Non

Art-thérapie Oui Non

Autre (précisez) Oui Non

Patient orienté vers (précisez noms et coordonnées) :

.....

Réseau régional d'oncologie des Pays de la Loire

Plateau des Ecoles - 50 route de Saint-Sébastien - 44093 NANTES Cedex 1

Tél. 02.40.84.75.95

www.oncopl.fr

Commentaires :