

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 :



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

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

Inquiétude sur avenir  Oui  Non

Traitement :  Oui  Non

Si oui, nom et posologie : .....

Besoin du patient :  Oui  Non

Patient orienté vers :  Psychologue  Psychiatre  ERI  Autre

Précisez nom et coordonnées : .....

## 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)
- Autre(s) addiction(s)  Oui  Non Précisez : .....
- Troubles alimentaires  Oui  Non
- Inactivité/sédentarité  Oui  Non

Besoin du patient  Oui  Non

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

Précisez nom et coordonnées : .....

## Fertilité et sexualité

**Si femme <40ans ou homme <60 ans, 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

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) : .....

.....

A large, empty rounded rectangular box with a thin teal border, intended for writing comments. The box is centered on the page and occupies most of the vertical space below the header.