

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/ 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)
- 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.