



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 : .....

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 : .....

Autre(s) addiction(s) : .....

Troubles des habitudes alimentaires : .....

Inactivité/sédentarité : .....

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**

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

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.