



FORMULAIRE

FICHE D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE

Références : 3C – DispA/PPS – 03

Version **01**

Date :
01/07/2012

COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS

Page 1 / 9



Recueil de données : Date de Consultation Médecin : / / - Durée : _____
Date de Consultation IDE : / / - Durée : _____

ETIQUETTE PATIENT

Médecin traitant : _____

Médecin référent de la prise en charge oncologique: _____

Référence 12190 vers 11/2014

			FORMULAIRE	
	FICHE D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE			
	Références : 3C – DispA/PPS – 03		Version 01	Date 01/07/2012
COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS			Page 2 / 9	

Personne de confiance Oui Non Ne souhaite pas
 Formulaire remis : Oui

Étiquette du patient

INFORMATIONS MEDICALES

- **Pathologie** :
 Localisation tumorale primitive :
 Métastases : Oui Non Site :
 Situation : curative palliative

- **Antécédents Médicaux, Chirurgicaux** :



INFORMATIONS DONNEES par LE MEDECIN REFERENT, lors de la consultation :

- **Diagnostic** : connu avant la consultation annoncé pendant la consultation
 assimilé non connu

- **Termes employés** : Cancer : oui non
 Métastases : oui non

- **Traitement** :
 Antérieur :
 Prévu : chirurgie chimiothérapie radiothérapie hormonothérapie

- **Si Chimiothérapie** : Protocole prévu : Nbre de cycle :
 CIP en place programmée le : à organiser
 RTE associée oui non

			FORMULAIRE	
	FICHE D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE			
	Références : 3C – DispA/PPS – 03		Version 01	Date 01/07/2012
COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS			Page 3 / 9	

• **Information(s) donnée(s) au patient :**

• **Information(s) donnée(s) à la famille :**

• **Problèmes à évoquer lors de la consultation IDE:**

psy

familial

douleur

social

Diététique

esthétique (perruque)



FORMULAIRE

FICHE D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE

Références : 3C – DispA/PPS – 03

Version **01**

Date
01/07/2012

COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS

Page 4 / 9

Étiquette du patient

ENTRETIEN SOIGNANT - IDE

Par Nom :

Prénom :

ACCUEIL du PATIENT

- **Patient accompagné :** oui non
Si Oui, qui est cette personne : _____

- **Etat émotionnel du patient :**
Anxieux Pleurs Sidération Calme
Mutique Euphorie Colère Autres :

- **Comportement de l'entourage :**

- **Le patient connaît le diagnostic :** oui non

- **Ce qui a été compris par le patient et termes pour nommer sa maladie:**

- **Ce qui a été compris par la famille :**



FORMULAIRE

FICHE D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE

Références : 3C – DispA/PPS – 03

Version **01**

Date
01/07/2012

COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS

Page 5 / 9

Étiquette du patient

Le PATIENT exprime ses CRAINTES par rapport :

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| A la maladie | <input type="checkbox"/> | A son travail | <input type="checkbox"/> |
| A la douleur | <input type="checkbox"/> | A son environnement familial | <input type="checkbox"/> |
| Aux traitements | <input type="checkbox"/> | Aux effets secondaires du traitement | <input type="checkbox"/> |

Autres : _____

MODE de VIE SOCIALE et ECONOMIQUE

• **Situation familiale**

marié(e) union libre veuf(ve) célibataire

• **Situation professionnelle :**

Profession : _____

Arrêt maladie **salarié** sans emploi retraité(e)

• **Problèmes financiers :**

oui non

• **Couverture sociale :**

Sécurité sociale : oui non
Mutuelle oui non

• **Environnement social :**

Vit seul oui non
Entourage (familial, amical, voisinage...) aidant et/ou présent : oui non



FORMULAIRE

FICHE D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE

Références : 3C – DispA/PPS – 03

Version **01**

Date
01/07/2012

COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS

Page 6 / 9

Étiquette du patient

• **Habitat :**

Chambre à l'étage

oui

non

Logement adapté à son état de santé :

oui

non

Enfants scolarisés et/ou personnes âgées à charge :

oui

non

Si 2 réponses grisées cochées => CONSULTATION ASSISTANTE SOCIALE oui non

Consultation prévue le : ___/___/___

EVALUATION ALGOLOGIQUE

- A-t-il mal ?

non

oui, valeur de EVA ou EVN : _____

- Incidences sur le quotidien :

alimentation

mobilité autre

- A-t-il un traitement en cours

non

oui, lequel : _____

Consultation Algoologique (si EVA sup à 7) oui non

Consultation prévue le : ___/___/___



FORMULAIRE

FICHE D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE

Références : 3C – DispA/PPS – 03

Version **01**

Date
01/07/2012

COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS

Page 7 / 9

EVALUATION ALIMENTAIRE

Poids habituel : _____ Kg Poids actuel : _____ Kg Taille : ___m___

Type d'alimentation :

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| Perte de 2 kg dans le dernier mois | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Troubles de la déglutition | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| < ou = à 2 repas par jour | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Modification des habitudes alimentaires | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Albumine < 36 g/l | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si 2 réponses grisées cochées => CONSULTATION DIETETICIENNE oui non

Consultation prévue le : ___/___/___

EVALUATION des BESOINS PSYCHOLOGIQUES

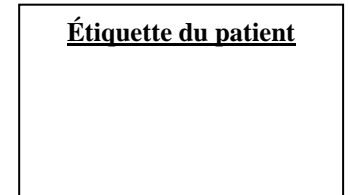
- | | | |
|---|---|------------------------------|
| - Nature anxieuse et angoissée | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Antécédents de dépression | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Actuellement, vous sentez vous déprimé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Actuellement, avez-vous des troubles du sommeil | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Diriez-vous que vous connaissez actuellement des difficultés psychologiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Pensez-vous pouvoir surmonter seul ou avec votre entourage ces difficultés | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |



Si 2 réponses grisées cochées => CONSULTATION AVEC UN PSYCHOLOGUE

Accord du patient : oui non

Consultation prévue le : ___/___/___

Étiquette du patient



	 FORMULAIRE FICHE D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE	
	Références : 3C – DispA/PPS – 03	Version 01 Date 01/07/2012
	COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS	

DISPOSITIFS

- Stomies urinaires :
- Stomies digestives :
- Mammaires :
- Capillaires :
- Autres :

Étiquette du patient

RECAPITULATIF :
Compte rendu de la consultation/Besoins et Surveillance



FORMULAIRE

FICHE D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE

Références : 3C – DispA/PPS – 03

Version **01**

Date
01/07/2012

COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS

Page 9 / 9

Rendez-vous pris : _____

Documents remis au patient : _____

Étiquette du patient

ORDONNANCES FAITES :

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| • Bilan de Sang | <input type="checkbox"/> | -ARANESP | <input type="checkbox"/> |
| • EMLA | <input type="checkbox"/> | -BINOCRIT | <input type="checkbox"/> |
| • ZOPHREN | <input type="checkbox"/> | -Débranchement IDE | <input type="checkbox"/> |
| • EMEND | <input type="checkbox"/> | -Soins de Bouche | <input type="checkbox"/> |
| • ZARZIO | <input type="checkbox"/> | -Compléments Alimentaires | <input type="checkbox"/> |
| • NEULASTA | <input type="checkbox"/> | -Prothèse Capillaire | <input type="checkbox"/> |
| • GRANOCYTE | <input type="checkbox"/> | -Autres : | <input type="checkbox"/> |
| • Ordonnances remises et expliquées au patient | <input type="checkbox"/> | | |