

DISPOSITIF D'ANNONCE PARAMÉDICAL COMMUN

IDENTITÉS

- Nom du patient : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : .../.../...
- Etablissement : _____
- Spécialité : _____
- Nom et prénom du soignant : _____
- Nom et prénom du médecin référent : _____
- Diagnostic : _____
- Motif consultation : 1ère prise en charge Récidive Modification thérapeutique
- L'entretien ne peut se dérouler : refus du patient Incapacité du patient
autre précisez :.....
- Entourage présent : oui non si oui précisez.....
- Comportement de l'entourage (*si significatif*).....

ENVIRONNEMENT DU PATIENT

- Situation de famille : marié divorcé veuf
célibataire vie maritale autre
- Nombre d'enfants (*dont à charge*).....
- Autres personnes à charge.....
- Personne de confiance (*avec coordonnées*).....
- Situation professionnelle : en activité sans emploi retraite autre
- Couverture sociale : oui non mutuelle : oui non autre
- Habitat : maison appartement autre précisez.....
si maison : plain-pied escaliers si appartement : rez de chaussée étage
- Problème d'autonomie : oui non
- Si besoin d'aide : ménage repas courses autre
- Activités/loisirs.....

ETAT DU PATIENT

- **Ce que le patient a retenu de la consultation médicale**
-
- **Recherche d'informations extérieures** : livres internet autre (s)
- **Etat émotionnel du patient** : anxiété pleurs sidération mutisme
euphorie colère autre(s)
- **Etat physique du patient** : douleurs gênes handicap
asthénie amaigrissement autre(s)
- **Mots clés utilisés par le patient** : cancer tumeur kyste
lésion nodule autre(s)
- **Le patient exprime ses craintes face** : à la maladie aux traitements à son travail
à son environnement familial autre(s)

INFORMATIONS DONNÉES AU PATIENT

- **Examens complémentaires** oui non
précisez.....
- **Type de traitement : précisez**
 - chimiothérapie (*type et nombre de cures*).....
 - chirurgie (*type d'intervention*)
 - radiothérapie (*nombre de séances et doses*).....
 - curithérapie.....
 - chimio+radiothérapie
 - immunothérapie
 - hormonothérapie
 - thérapies ciblées
 - surveillance
 - autre(s)
- **Effets secondaires/ suites chirurgicales** :
nausées vomissements constipation, diarrhées mucite,aphtes
alopécie asthénie aplasie paresthésies troubles cutanés

suite post-chirurgie

autre(s)

▪ **Information donnée sur le déroulement des traitements :** oui non

▪ **Support(s) d'information donnés au patient :**

pochette régionale patient brochure spécifique spécialité

brochure spécifique traitement brochure spécifique voie d'abord

brochure spécifique risque infectieux brochure spécifique alimentation

▪ **Type de voie d'abord :**

chambre implantable voie veineuse centrale voie veineuse centrale tunnelisée

cathéter « pick-line » voie veineuse périphérique simple autre

date de la pose :

ORIENTATION VERS LES SOINS DE SUPPORT

▪ **Soins de support proposés (motifs de l'orientation : mots clés) :**

Soins proposés	Motifs de l'orientation	Soins acceptés	Identité du professionnel
<input type="checkbox"/> Psychologue		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Assistant(e) Social(e)		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Diététicien(ne)		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Service douleur		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Service soins palliatifs		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> IDE stomathérapeute		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Coiffeur/perruquier		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Esthéticien(ne)		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rééducation fonctionnelle		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tabacologue		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Activité physique adaptée		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Art/thérapie		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> IDE de suivi		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Association(s)		<input type="checkbox"/>	

▪ **Durée de l'entretien**