

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Numéro (ou version) du document : ..... remis le ..... / ..... / .....

Par le Docteur ..... Spécialité : ..... Structure : ..... 

Adresse de la structure : .....

3C : .....

Le programme théorique de votre traitement, qui vous a été expliqué par votre médecin, est détaillé dans ce document. Il pourra par la suite être modifié en fonction de la tolérance du traitement et de l'évolution de la maladie. **N'hésitez pas à recontacter votre équipe de soins si vous avez besoin de plus d'informations/d'explications sur ce programme.**

➤ **CONTACTS EQUIPE DE SOINS :**

**Infirmier(e) de coordination :** .....  **Autre contact:** ..... 

## INFORMATIONS GENERALES

➤ **Informations administratives du patient :**

• Adresse : .....

•  ..... Email : ..... @ .....

• Identifiant National de Santé :

• Couverture sociale : Sécurité Sociale : Oui  Non   
Mutuelle : Oui  Non   
ALD : Oui  Non  En cours

➤ **Nom de la personne de confiance :** .....

•  ..... Email : ..... @ .....

• Personne de confiance présente lors de la remise de ce PPS : Oui  Non

➤ **Date de la dernière Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :** ..... / ..... / .....

➤ **Temps d'accompagnement soignant paramédical :** Oui  Non

• Date : ..... / ..... / ..... Lieu : .....

• Par (Nom du soignant) : .....

•  ..... Email : ..... @ .....

## CONTACTS UTILES

**Médecin(s) spécialiste(s) référent(s) :**

• Dr ..... Spécialité : ..... 

• Dr ..... Spécialité : ..... 

• Dr ..... Spécialité : ..... 

**Médecin traitant :** Dr ..... 

**Pharmacien de ville :** ..... 

**Infirmier(e) de ville :** ..... 

**Laboratoire d'analyses médicales :** ..... 

**Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) :** ..... 

**Hospitalisation à domicile (HAD) :** ..... 

**Associations de patients et d'usagers :** ..... 

**Associations de patients et d'usagers :** ..... 

**Plateforme Cancer Info : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)**  0 805 123 124 (appel gratuit)

**Site internet Réseau de cancérologie OncoPaca-Corse : [www.oncopaca.org](http://www.oncopaca.org)**

➤ **PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE :**

**Oncofertilité :** Oui  Non  Dr ..... ☎

**Oncogénétique :** Oui  Non  Dr ..... ☎

**Oncogériatrie :** Oui  Non  Dr ..... ☎

**Adolescents / Jeunes adultes (AJA) :** Oui  Non  **Contact Infirmier(e) de coordination AJA :** ..... ☎

**Autre :** Oui  Non  Si oui, précisez laquelle : ..... Dr ..... ☎

➤ **ESSAI CLINIQUE :** Oui  Non  **NOM DE L'ESSAI :** .....

**CHIRURGIE:** Oui  Non  Dr .....

Type d'intervention proposée : ..... Date : .../.../.....

**TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX** Dr .....

	<b>VOIE INJECTABLE - Dispositif Veineux Implantable / Voie Veineuse Centrale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Pose le .../.../.....</b>	<b>VOIE ORALE</b>
<b>CHIMIOThERAPIE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicament(s) : ..... Date de début : .../.../..... Fréquence : ..... Nombre prévisionnel de cycles : .....	Médicament(s) : ..... Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : ..... Modalités d'administration : .....
<b>IMMUNOTHERAPIE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicament(s) : ..... Si chimiothérapie associée, modalités identiques pour ce(s) médicament(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Si non,</u> : Date de début : .../.../..... Fréquence : ..... Nombre prévisionnel de cycles : .....	Médicament(s) : ..... Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : ..... Modalités d'administration : .....
<b>THERAPIE CIBLEE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicament(s) : ..... Si chimiothérapie associée, modalités identiques pour ce(s) médicament(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Si non,</u> : Date de début : .../.../..... Fréquence : ..... Nombre prévisionnel de cycles : .....	Médicament(s) : ..... Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : ..... Modalités d'administration : .....
<b>HORMONOTHERAPIE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicament(s) : ..... Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle du traitement: .....	Médicament(s) : ..... Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : ..... Modalités d'administration : .....

**Examens et suivi :** .....

**RADIOTHERAPIE** : Oui  Non

Dr .....

Organe traité : ..... Chimiothérapie concomitante : Oui  Non

Date de la 1<sup>ère</sup> séance : .../.../..... Date prévisionnelle de fin : .../.../..... Nombre prévisionnel de séances de radiothérapie : .....

Examens et suivi : .....

**CURIETHERAPIE** : Oui  Non

Dr .....

Organe traité : .....

Date(s) : .../.../.....

Examens et suivi : .....

**ACTE INTERVENTIONNEL** : Oui  Non

Dr .....

Type(s) d'acte(s) : ..... Date(s) de(s) rendez-vous : .../.../.....

Type(s) d'acte(s) : ..... Date(s) de(s) rendez-vous : .../.../.....

Type(s) d'acte(s) : ..... Date(s) de(s) rendez-vous : .../.../.....

Examens et suivi : .....

**AUTRES TRAITEMENTS** : Oui  Non

Dr .....

Type de traitement : ..... Date(s) : .../.../.....

Examens et suivi : .....

## Soins de support

Les soins de support constituent une approche globale des besoins d'accompagnement face à la maladie pour assurer une meilleure qualité de vie.

Évoqués dès la consultation d'annonce, les soins de support sont proposés après l'évaluation des besoins par le médecin traitant ou l'équipe de soins.

Ils sont mis en oeuvre dès le début de la prise en charge, et peuvent évoluer tout au long de la maladie, pendant et après les traitements

Vous souhaitez plus d'informations sur les Soins de Support ?  
Téléchargez la brochure en scannant le QR Code :



# Planning prévisionnel

	MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...							
	Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines							
	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	DATES				DATES				DATES				DATES				DATES				DATES											
<b>CHIMIOThERAPIE</b> LIEU : .....																																
<b>IMMUNOTHERAPIE / THERAPIE CIBLEE</b> LIEU : .....																																
<b>HORMONOTHERAPIE</b>																																
<b>RADIOThERAPIE</b> LIEU : .....																																
<b>CURIETHERAPIE</b> LIEU : .....																																
<b>BILANS SANGUINS</b> LIEU : .....																																
<b>BILANS RADIOLOGIQUES</b> LIEU : .....																																
<b>CONSULTATIONS</b> DR .....																																
<b>AUTRES (PRECISER)</b> .....																																

# FICHE DE REPERAGE DES BESOINS DES PATIENTS EN SOINS DE SUPPORT

Avant traitement du cancer  Pendant traitement du cancer  Après traitement (après cancer)

Cadre réservé à l'équipe de soins

Date : ...../...../.....

Réalisé par (Nom) : .....

Fonction : .....

Nom du Médecin traitant : .....

Couverture sociale : Sécurité sociale : Oui  Non

Mutuelle : Oui  Non

ALD : Oui  Non  En cours

IDENTIFICATION PATIENT(E) — Sexe M  F

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

**(1) PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

Avez-vous des douleur(s) ? Oui  Non

Si oui, localisation de la douleur : .....

Intensité moyenne de la douleur sur une échelle de 0 à 10 : .....

La douleur perturbe-t-elle votre sommeil ? Oui  Non

La douleur perturbe-t-elle vos activités habituelles ? Oui  Non

Prenez-vous un traitement antalgique ? Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

Le(s) traitement(s) vous soulage(nt)-t-il(s) ? Oui  Non

**(3) PRISE EN CHARGE DIETETIQUE & NUTRITION**

Votre appétit est : Augmenté  Diminué

Inchangé  Aucun appétit

Avez-vous des symptômes associés ? Oui  Non

(Troubles de la déglutition ou mastication, nausées et/ou vomissements...)

Si oui, le(s)quel(s) : .....

Perte de poids ≥ à 5% en 1 mois : Oui  Non

Et / ou perte de poids ≥ à 10% en 6 mois : Oui  Non

Votre poids actuel (kg) : .....

Votre poids habituel avant la maladie (kg) : .....

Votre taille (m) : .....

IMC (= poids / (taille)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>) : .....

**(2) PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE**

Vivez-vous seul ? Oui  Non

Avez-vous des enfants à charge ? Oui  Non

Si oui, nombre d'enfants : .....

Age des enfants : .....

Etes-vous aidant d'un proche ? Oui  Non

Avez-vous des difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne ? (Toilette, repas, habillage etc.) Oui  Non

Avez-vous des inquiétude(s) sur le plan financier, professionnel, familial ou sur l'hébergement ? Oui  Non

Etes-vous isolé ? (Géographiquement, socialement etc.) Oui  Non

Information(s) complémentaire(s) : .....

**(4) PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS**

Eprouvez-vous de l'angoisse ou de l'anxiété ? Oui  Non

Avez-vous des troubles du sommeil ? Oui  Non

Avez-vous une baisse de moral ces derniers temps ? Oui  Non

Avez-vous déjà eu des épisodes dépressifs ? Oui  Non

Souhaitez-vous un soutien d'ordre moral ? Oui  Non

**(5) CONSEILS D'HYGIENE DE VIE**

Consommation de tabac Oui  Non

Consommation d'alcool Oui  Non

Avez-vous d'autre(s) addictions(s) ? (Cannabis, cocaïne, opioïdes etc.) Oui  Non

Si oui, la (les)quelle(s) : .....

**ORIENTATION**

**PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

Médecin traitant  Médecin algologue

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE**

Médecin traitant  Assistant(e) social(e)

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**PRISE EN CHARGE DIETETIQUE ET NUTRITION**

Médecin traitant  Médecin nutritionniste  Diététicien(ne)

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE**

Médecin traitant  Médecin psychiatre  Psychologue

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**CONSEILS D'HYGIENE DE VIE**

Médecin traitant  Médecin addictologue

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

(6) **ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)**

Faites-vous régulièrement de l'exercice physique ? Oui  Non

Si non, pourquoi ? .....

Savez-vous que l'Activité Physique est conseillée tout au long du parcours et dans l'après-cancer ? Oui  Non

Souhaitez-vous une consultation APA ? Oui  Non

(7) **PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITE**

Ressentez-vous une altération de votre image corporelle ? Oui  Non

Avez-vous des troubles de la sexualité ? Oui  Non

Avez-vous des troubles gynécologiques/urologiques ? Oui  Non

Si oui, le(s) quel(s) ? .....

(8) **SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESERVATION DE LA FERTILITE (à compléter selon l'âge du patient)**

Avez-vous un projet parental ? Oui  Non

Avez-vous été informé :

Sur d'éventuels risques d'infertilité, selon le traitement que vous devez recevoir ? Oui  Non

Sur les possibilités de prise en charge le cas échéant ? Oui  Non

Une prise en charge est-elle déjà en cours ? Oui  Non

Si oui, préciser : .....

(9) **SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PROCHES/AIDANTS**

Etes-vous entouré d'un proche / aidant ? Oui  Non

Si oui, votre proche/aidant a-t-il besoin d'un soutien psychologique/autre ? Oui  Non

**SYNTHESE (Cadre réservé à l'équipe de soins)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (si dispensé au sein de l'établissement)**

Intérêt pour un programme d'éducation thérapeutique : Oui  Non

**ORIENTATION**

**ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE**

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITE**

Médecin traitant  Médecin gynécologue  Médecin urologue

Sexologue  Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESERVATION DE LA FERTILITE**

Réfèrent oncofertilité  Centre de Préservation de la fertilité

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PROCHES/AIDANTS**

Médecin traitant  Médecin psychiatre  Psychologue

Autre  Préciser : .....

Nom : .....

Structure : ..... Téléphone : .....

**INFORMATIONS UTILES**

**LES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS VOTRE REGION :**  
Consultez les programmes autorisés par l'ARS dans Oscars ETP :

[www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/etp](http://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/etp)

**SOINS DE SUPPORT PROCHE DE CHEZ VOUS :**  
Consultez notre Répertoire Régional des Soins de Support :

[www.soins-support-cancer-paca-corse.org](http://www.soins-support-cancer-paca-corse.org)

QUESTIONNEZ VOTRE ÉQUIPE DE SOINS  
SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SUPPORT

