OncoPaca-Corse
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER

PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS)

REPÉRAGE DE VOS BESOINS EN SOINS DE SUPPORT

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR — ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

Avez-vous ressenti des douleurs ces 8 derniers jours ? Oui ☐ Non ☐

ÉVALUEZ VOTRE DOULEUR :

Cette douleur perturbe t-elle votre activité quotidienne ? Oui ☐ Non ☐

Cette douleur impacte t-elle votre sommeil ? Oui ☐ Non ☐

Prenez-vous un traitement antalgique ? Oui ☐ Non ☐

PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE & PROFESSIONNELLE — ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

Êtes-vous isolé (géographiquement, socialement etc.) ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des difficultés sur le plan familial, financier, professionnel ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des aidants qui vous aident au quotidien ? Oui ☐ Non ☐

PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE & NUTRITION — ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

Avez-vous eu une perte ou une prise de poids au cours des 6 derniers mois ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des nausées/vomissements/diarrhées ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des troubles de la déglutition ou de la mastication ? Oui ☐ Non ☐

Suivez-vous des régimes restrictifs sans avis médical ? Oui ☐ Non ☐

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS — ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

Éprouvez-vous de l'angoisse ou de l'anxiété ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà eu des épisodes dépressifs ? Oui ☐ Non ☐

Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des troubles de la concentration/compréhension, du raisonnement et/ou de la mémoire ? Oui ☐ Non ☐

HYGIÈNE DE VIE — ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

Consommation de tabac ? Oui ☐ Non ☐

Consommation d'alcool ? Oui ☐ Non ☐

Autres addictions ? (Alimentaire, drogue, …) ? Oui ☐ Non ☐

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE — ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

Avez-vous des difficultés à être actif/active physiquement ? Oui ☐ Non ☐

Êtes-vous régulièrement fatigué ?
Si oui, évaluez cette fatigue sur une échelle de 0 à 10 :

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITÉ — ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

La maladie ou les traitements a-t-elle eu un retentissement sur votre vie intime et/ou sexuelle ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des troubles de la sexualité ? Désir, douleur, érection… ? Oui ☐ Non ☐

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

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ — ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

Avez-vous un projet parental ? Oui ☐ Non ☐

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES PROCHES / AIDANTS — ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

Votre proche/aidant a-t-il besoin d'un soutien psychologique ? Oui ☐ Non ☐