

PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS)

REPÉRAGE DE VOS BESOINS EN SOINS DE SUPPORT

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

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 ☐

ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE & PROFESSIONNELLE

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 ☐

ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE & NUTRITION

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 ☐

ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS

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 ☐

ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

HYGIÈNE DE VIE

Consommation de tabac ? Oui ☐ Non ☐

Consommation d'alcool ? Oui ☐ Non ☐

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

ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

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 :



ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITÉ

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 ☐

ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

Souhaitez-vous des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur votre capacité à avoir des enfants à l'avenir ? Oui ☐ Non ☐

ORIENTATION / ÉVALUATION ☐

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES PROCHES / AIDANTS

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

ORIENTATION / ÉVALUATION ☐