

Douleur

- 1 Avez-vous ressenti des douleurs ces 8 derniers jours ? Oui Non
- 2 Évaluez votre douleur habituelle de 0 à 10 :
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3 Cette douleur perturbe-t-elle :
 • Votre sommeil?
 • Vos activités quotidiennes ?
- 4 Prenez-vous un traitement antalgique? Si oui, le(s)quel(s) ?

Troubles nutritionnels

- 1 Avez-vous eu une perte ou une prise de poids au cours des 6 derniers mois ? Oui Non
- 2 Avez-vous des nausées, vomissements, diarrhées ?
- 3 Avez-vous des troubles de la déglutition ou de la mastication ?
- 4 Avez-vous modifié votre alimentation depuis le diagnostic (régime, CNO, habitudes alimentaires...)

Fatigue

- 1 Avez-vous ressenti de la fatigue ces derniers jours ? Oui Non
- 2 Évaluez votre fatigue habituelle de 0 à 10 :
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3 Cette fatigue impacte-t-elle vos activités quotidiennes ?
- 4 Est-elle soulagée par le repos ou le sommeil ?

Troubles sexuels

- 1 La maladie a-t-elle un retentissement sur votre vie intime et sexuelle ? Oui Non
- 2 Avez-vous des difficultés ou douleurs pendant les rapports ?
- 3 Avez-vous des troubles de la sexualité (désir, érection, lubrification, orgasme) ?
- 4 Appréhendez-vous une altération de votre image corporelle ?

Altération de l'estime de soi

- 1 De manière générale, avez-vous une image positive de vous-même ? Oui Non
- 2 Ressentez-vous une altération de votre image corporelle ?
- 3 Avez-vous besoin d'aide pour effectuer des tâches du quotidien ?
- 4 Ressentez-vous une modification de vos relations sociales et/ou professionnelles ?

Troubles cognitifs

- 1 Avez-vous du mal à effectuer des tâches comme "avant"? Oui Non
- 2 Avez-vous des troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ?
- 3 Ressentez-vous des difficultés de raisonnement ou un ralentissement de vos pensées ?
- 4 Au cours de conversations quotidiennes, avez-vous des difficultés à trouver les mots ?

Orientation - Professionnel

EVALUATION / PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITÉ

Médecin traitant Nom :
 Gynécologue/urologue Structure :
 Sexologue Date du RDV :
 Autre :

EVALUATION / PRISE EN CHARGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS

Médecin traitant Nom :
 Médecin nutritionniste Structure :
 Diététicien(ne) Date du RDV :

EVALUATION / PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Médecin traitant Nom :
 Médecin algologue Structure :
 Autre : Date du RDV :

EVALUATION / PRISE EN CHARGE DE LA FATIGUE

Médecin traitant Nom :
 Kinésithérapeute Structure :
 Professionnel APA Date du RDV :
 Autre :

EVALUATION / PRISE EN CHARGE DE L'ALTÉRATION DE L'ESTIME DE SOI

Médecin traitant Nom :
 Médecin psychiatre Structure :
 Psychologue Date du RDV :
 Autre :

EVALUATION / PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COGNITIFS

Médecin traitant Nom :
 Médecin neurologue Structure :
 Neuropsychologue Date du RDV :

SOINS DE SUPPORT PROCHES DE CHEZ VOUS

Consultez le Répertoire Régional des Soins Oncologiques de Support
 www.soins-support-cancer-paca-corse.org/

