



Douleur

- 1 Avez-vous ressenti des douleurs ces 8 derniers jours ?  Oui  Non
- 2 Evaluez 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 Evaluez 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 ?

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

