

ETIQUETTE PATIENT

Programme personnalisé de soins

- ☐ 1 exemplaire remis au patient
- ☐ 1 exemplaire pour le dossier médical
- ☐ 1 exemplaire pour le médecin traitant

NOM :

PRENOM :

VOLET INFORMATIONS PATIENT

Docteur :

Date de consultation :/.../.....

Date de la remise du PPS :/.../.....

Date de la consultation d'annonce :/.../..... Date de la RCP :/.../.....

Date de la consultation d'accompagnement soignant :/...../.....

Personne ayant remis le document au patient : Nom/Prénom Qualité :

<u>Identité du patient :</u>	<u>Personne de confiance :</u>
N° d'identification :	
Nom : sexe : ☐ Homme ☐ Femme	Nom :
Nom de naissance :	Prénom :
Prénom : Age :	Adresse :
Date et lieu de naissance :/...../..... Lieu :	
Adresse.....	Téléphone :/...../...../.....
Code postal : Ville	Directives anticipées : ☐ oui ☐ non
Tél	

Coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :/...../...../.....

Le cas échéant, motif de mise à jour du PPS :

- ☐ Nouvelle proposition thérapeutique
☐ Suite à récurrence

- ☐ Echappement thérapeutique
☐ Autres :

VOLET PROGRAMME THERAPEUTIQUE ET DE SUIVI : VOLET CHIRURGICAL

DONNEES SUR LA PATHOLOGIE (cf. fiche RCP)

Siège de la tumeur primitive (localisation) :

Date de diagnostic de la pathologie (année) :

Stade clinique initial : Stade T : Stade N : Stade M :
Autre stade :

Diagnostic anatomopathologique de cancer le :/...../.....

ETAT GENERAL DU PATIENT

Score G8 :

Prise en charge spécifique en oncogériatrie : ☐ oui ☐ non Lieu :

Etat nutritionnel :

Poids actuel : Poids habituel :
Variation de poids en % : Taille : IMC :

Statut tabagique :

Fumeur actif : ☐ Oui ☐ Non Sevrage de moins de 12 mois : ☐ Oui ☐ Non

Proposition thérapeutique d'accompagnement au sevrage : ☐ Oui ☐ Non

Autres conduites addictives :

Proposition d'aide au sevrage : ☐ Oui ☐ Non

Mesures de préservation de la fertilité : ☐ Oui ☐ Non

LE CALENDRIER GENERAL DU PLAN DE TRAITEMENT

Chirurgie:	Date : Type et localisation anatomique :	Dr :	A :
			
Examens : (Précisez les examens et la date)		Dr :	À :
			

❖ Cf planning détaillé et PPAC au verso à compléter

EFFETS SECONDAIRES

- ☐ Le patient est informé oralement des effets secondaires du traitement proposé.
- ☐ Le patient a reçu les documents écrits explicitant les effets secondaires du traitement proposé.
- ☐ Le patient a exprimé son accord par écrit au traitement proposé.

COORDONNEES DE L'EQUIPE SOIGNANTE DE REFERENCE

Oncologue ou spécialiste : **Infirmière référente (IDE de coordination)** :

Nom / prénom : Nom / Prénom :

Etablissement : Etablissement :

SOINS DE SUPPORT

☐ Assistante sociale	☐ Oui	☐ Non	☐ Kinésithérapeute	☐ Oui	☐ Non
☐ Psychologue	☐ Oui	☐ Non	☐ Gestion de la douleur	☐ Oui	☐ Non
☐ Diététicienne	☐ Oui	☐ Non	☐ Association patients	☐ Oui	☐ Non
☐ Aide à domicile	☐ Oui	☐ Non	☐ APA	☐ Oui	☐ Non

CALENDRIER DETAILLE

CHIRURGIE Date hospitalisation :																								
SOINS DE SUPPORT (préciser le nom du responsable) :	MOIS 1 Semaines				MOIS 2 Semaines				MOIS 3 Semaines				MOIS 4 Semaines				MOIS 5 Semaines				MOIS 6 Semaines			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Traitement :																								
Prise en charge de la douleur :																								
Kinésithérapie :																								
Nutrition :																								
Soutien psychologique :																								
Autres :																								

PPAC : ☐ OUI ☐ NON

Type	Date	Intervenant	Fréquence	Durée de suivi
Consultations				
Examens biologiques				
Imagerie				
Autre				

VOLET CONTACTS UTILES

AUTRES PROFESSIONNELS ET STRUCTURES IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| - <u>Gériatrie</u> : | - <u>Masseur kinésithérapeute</u> : |
| - <u>IDE Libérale</u> : | - <u>Structures HAD</u> : |
| - <u>Pharmacien d'officine</u> : | - <u>Autres</u> : |

Les autres professionnels et structures mis à dispositions se trouvent soit sur l'annuaire de l'établissement soit sur l'annuaire régional des ressources :

<http://www.onco-npdc.fr/cartographie/annuaire-adultes>

Type :	Nom / prénom :	Adresse / téléphone :
Prise en charge de la douleur :		
Prise en charge nutritionnelle :		
Prise en charge psychologique :		
Prise en charge sociale et familiale :		
Accompagnement pour la vie quotidienne :		
Activité Physique Adaptée :		
Prise en charge palliative :		
Prise en charge professionnelle :		
Autres :		

VOLET SOCIAL

Bilan initial :	Personne ayant réalisé le bilan social : Date : Synthèse du bilan social : Actions mises en œuvre et dates :
Bilan intermédiaire :	Personne ayant réalisé le bilan social : Date : Synthèse du bilan social : Actions mises en œuvre et dates :