

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 : .....

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

**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 : .....

## PROGRAMME THERAPEUTIQUE ET DE SUIVI : VOLET CHIMIOETHERAPIE

### 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

<b>Chimiothérapie</b> :	..... ..... ..... ..... .....	Dr : .....	A :
<b>Examens</b> : (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

<b><u>Oncologue ou spécialiste</u></b> :	<b><u>Infirmière référente (IDE de coordination)</u></b> :
Nom / prénom :	Nom / Prénom :
Etablissement :	Etablissement :

### SOINS DE SUPPORT

<input type="checkbox"/> Assistante sociale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Gestion de la douleur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Diététicienne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Association patients	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Aide à domicile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> APA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



**VOLET CONTACTS UTILES**

**AUTRES PROFESSIONNELS ET STRUCTURES IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Gériatrie</u> :</li> <li>- <u>IDE Libérale</u> :</li> <li>- <u>Pharmacien d'officine</u> :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Masseur kinésithérapeute</u> :</li> <li>- <u>Structures HAD</u> :</li> <li>- <u>Autres</u> :</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>Bilan initial :</b>	<p><b>Personne ayant réalisé le bilan social :</b></p> <p><b>Date :</b></p> <p><b>Synthèse du bilan social :</b></p>   <p><b>Actions mises en œuvre et dates :</b></p>
<b>Bilan intermédiaire :</b>	<p><b>Personne ayant réalisé le bilan social :</b></p> <p><b>Date :</b></p> <p><b>Synthèse du bilan social :</b></p>   <p><b>Actions mises en œuvre et dates :</b></p>