

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><u>Identité du patient :</u> 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><u>Personne de confiance :</u></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 :

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

<u>Oncologue ou spécialiste</u> :	<u>Infirmière référente (IDE de coordination)</u> :
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 |

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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - <u>Gériatrie</u> : - <u>IDE Libérale</u> : - <u>Pharmacien d'officine</u> : | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Masseur kinésithérapeute</u> : - <u>Structures HAD</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 :	<p>Personne ayant réalisé le bilan social :</p> <p>Date :</p> <p>Synthèse du bilan social :</p> <p>Actions mises en œuvre et dates :</p>
Bilan intermédiaire :	<p>Personne ayant réalisé le bilan social :</p> <p>Date :</p> <p>Synthèse du bilan social :</p> <p>Actions mises en œuvre et dates :</p>