

CONSULTATION D'ANNONCE MEDICALE

Docteur :

Demande d'une consultation d'accompagnement paramédicale

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

oui ☐ **non** ☐

Identité du patient : Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : / / Adresse.....	Patient accompagné : oui ☐ non ☐ - Lien de parenté : - Personne de confiance :
Diagnostic principal :	Etat général du patient : (Score OMS) ☐ 0 : activité normale ☐ 1 : réduction des efforts intenses ☐ 2 : alité moins de 50 % de la journée ☐ 3 : alité plus de 50 % de la journée ☐ 4 : incapacité totale

Durée de l'entretien :

Principaux mots utilisés par le médecin :

.....

Réaction du patient :

Angoisse ☐	Pleurs ☐	Agressivité ☐	Combativité ☐	Déni ☐
Souffrance ☐	Colère ☐	Acceptation ☐	Soulagement ☐	Peur ☐

Principaux mots utilisés par le patient :

.....

Caractéristiques et orientation du patient :

Soins de support souhaitables /souhaités pour/par le patient :		Situation sociale :
☐ Prise en charge de la douleur ☐ Consultation de psychologue ☐ Consultation diététique ☐ Consultation assistante sociale ☐ Soins à domicile ☐ Soins palliatifs Etat nutritionnel : IMC = poids/ (taille) ² = Perte de poids récente : oui ☐ non ☐		Profession : Patient isolé : oui ☐ non ☐ Personne ressource : oui ☐ non ☐ Revenus sociaux : ☐ Chômage ☐ Cmu ☐ Invalidité
Chirurgie	Radiothérapie	Chimiothérapie
☐ Polyclinique de la Thiérache ☐ Autre établissement	☐ Centre GRAY	☐ Polyclinique du Parc