

CONSULTATION D'ANNONCE PARA-MEDICALE

Infirmier(e) référent(e) :
Lieu d'exercice :
Date de consultation :/.../.....

Identité du patient :
Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse complète :

Je dispose des documents :

Dossier médical Compte Rendu RCP DA Médical PPS Courrier médical Autres :.....

Je m'informe sur :

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

Etat émotionnel du patient :

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Angoisse <input type="checkbox"/> | Agressivité <input type="checkbox"/> | Colère <input type="checkbox"/> |
| Pleurs <input type="checkbox"/> | Combativité <input type="checkbox"/> | Déni <input type="checkbox"/> |
| Souffrance <input type="checkbox"/> | Acceptation <input type="checkbox"/> | Peur <input type="checkbox"/> |
| Refus <input type="checkbox"/> | Soulagement <input type="checkbox"/> | |
| Inquiétude <input type="checkbox"/> | | |

Les craintes du patient sont :

- La maladie ?
- L'environnement familial et/ou les proches ?
- Comportement sur le lieu de travail ?
- Les effets secondaires ?
- L'environnement social ?
- L'environnement financier ?
- Autres ?.....

Etat nutritionnel du patient :

- Taille : Poids :
- IMC = Poids (KG)/(Taille)²(m) =

Etat social du patient :

- Vie seul (e)? Oui Non
- A-t-il (elle) des personnes ressources ? Oui Non
- A-t-il (elle) un emploi ? Oui Non
- A-t-il (elle) une couverture sociale ? Oui Non
- A-t-il (elle) des personnes à charge ? Oui Non

Principaux mots utilisés par le Patient:

.....
.....

J'informe le patient/la famille du :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déroulement du traitement | <input type="checkbox"/> Les effets secondaires du traitement |
| <input type="checkbox"/> La durée du traitement | <input type="checkbox"/> Les précautions à prendre |
| <input type="checkbox"/> La maladie | <input type="checkbox"/> Les aides existantes au sein des structures |

Je soupçonne

- Un problème familial
- Un problème d'incompréhension de la maladie
- Un problème psychique
- Un problème financier
- Un problème social

Je déclenche

- Une situation d'urgence
- Infirmière coordinatrice (Secrétariat de coordination)
- Une réunion d'intervention

Remarques enregistrées par l'infirmière :

.....
.....
.....

Je remets au patient la documentation :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Les coordonnées des soins de support | <input type="checkbox"/> Le Livret d'accueil du service |
| <input type="checkbox"/> Les coordonnées des associations d'aide aux patients | <input type="checkbox"/> Le carnet de bord |
| <input type="checkbox"/> La procédure des soins | <input type="checkbox"/> Autres |