

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 :

PROGRAMME THERAPEUTIQUE ET DE SUIVI : VOLET HORMONOTHERAPIE

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

Hormonothérapie :	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

<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

HORMONOTHERAPIE

Nom du médecin spécialiste				
Nom du traitement				
Date et durée du traitement				
Spécificités particulières				

HORMONOTHERAPIE

Nom du médecin spécialiste				
Nom du traitement				
Date et durée du traitement				
Spécificités particulières				

Chaque colonne correspond à un traitement d'hormonothérapie. Pour chaque nouveau traitement (suite à une hormonothérapie non supportée, autre ...), le nouveau traitement sera transcrit au sein d'une nouvelle colonne.

Si 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> :
<p>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</p>	

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

<p>Bilan initial :</p>	<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>
<p>Bilan intermédiaire :</p>	<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>