

## CONSULTATION D'ANNONCE MEDICALE

Docteur : .....

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

<p><b><u>Identité du patient :</u></b>          Nom : .....      Nom de naissance : .....          Prénom : .....          Date de naissance : .... / .... / .....          Adresse.....          .....</p>	<p><b><u>Patient accompagné :</u></b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          - Lien de parenté :          - Personne de confiance :</p>
<p><b><u>Diagnostic principal :</u></b>          .....          .....          .....</p>	<p><b><u>Etat général du patient :</u></b> (Score OMS)  <input type="checkbox"/> 0 : activité normale  <input type="checkbox"/> 1 : réduction des efforts intenses  <input type="checkbox"/> 2 : alité moins de 50 % de la journée  <input type="checkbox"/> 3 : alité plus de 50 % de la journée  <input type="checkbox"/> 4 : incapacité totale</p>

**Durée de l'entretien :** .....

**Principaux mots utilisés par le médecin :**  
 .....  
 .....

**Réaction du patient :**

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

**Principaux mots utilisés par le patient :**  
 .....  
 .....

**Caractéristiques et orientation du patient :**

Soins de supports souhaitables /souhaités pour/par le patient :	Situation sociale :		
<input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur <input type="checkbox"/> Consultation de psychologue <input type="checkbox"/> Consultation diététique <input type="checkbox"/> Consultation assistante sociale <input type="checkbox"/> Soins à domicile <input type="checkbox"/> Soins palliatifs  Etat nutritionnel : $IMC = \text{poids} / (\text{taille})^2 =$	Profession : Patient isolé :                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Personne ressource :            oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>  Revenus sociaux : <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Cmu <input type="checkbox"/> Invalidité		
<b>Chirurgie</b>	<b>Radiothérapie</b>	<b>Chimiothérapie</b>	<b>Hormonothérapie</b>
<input type="checkbox"/> CHM	<input type="checkbox"/> Centre GRAY	<input type="checkbox"/> Polyclinique du Parc	<input type="checkbox"/>