

CONSULTATION D'ANNONCE PARA-MEDICALE

Infirmier(e) de coordination :

Lieu d'exercice :

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

Identité du patient :

Nom d'usage :

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 :

<u>Etat général du patient :</u> (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	<u>Etat émotionnel du patient :</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Angoisse ☐</td> <td>Agressivité ☐</td> <td>Colère ☐</td> </tr> <tr> <td>Pleurs ☐</td> <td>Combativité ☐</td> <td>Déni ☐</td> </tr> <tr> <td>Souffrance ☐</td> <td>Acceptation ☐</td> <td>Peur ☐</td> </tr> <tr> <td>Refus ☐</td> <td>Soulagement ☐</td> <td>Inquiétude ☐</td> </tr> </table>	Angoisse ☐	Agressivité ☐	Colère ☐	Pleurs ☐	Combativité ☐	Déni ☐	Souffrance ☐	Acceptation ☐	Peur ☐	Refus ☐	Soulagement ☐	Inquiétude ☐
Angoisse ☐	Agressivité ☐	Colère ☐											
Pleurs ☐	Combativité ☐	Déni ☐											
Souffrance ☐	Acceptation ☐	Peur ☐											
Refus ☐	Soulagement ☐	Inquiétude ☐											
<u>Les craintes du patient sont :</u> ☐ 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 ?..... 	<u>Etat nutritionnel du patient :</u> - Taille :Poids : - IMC = Poids (KG)/(Taille)²(m) = - Perte de poids récente Oui ☐ Non ☐ <u>Etat social du patient :</u> - Vit 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 :

☐ Déroulement du traitement ☐ La durée du traitement ☐ La maladie	☐ Les effets secondaires du traitement ☐ Les précautions à prendre ☐ Les aides existantes au sein des structures
---	--

Je soupçonne	Je déclenche
☐ Un problème familial ☐ Un problème d'incompréhension de la maladie ☐ Un problème psychique ☐ Un problème financier ☐ Un problème social	☐ Une situation d'urgence ☐ Infirmière coordinatrice (Secrétariat de coordination) ☐ Une réunion d'intervention

Remarques enregistrées par l'infirmière :

.....

.....

Je remets au patient la documentation :

☐ Les coordonnées des soins de support ☐ Les coordonnées des associations d'aide aux patients ☐ La procédure des soins	☐ Le Livret d'accueil du service ☐ Le carnet de bord ☐ Autres
--	---