

ETIQUETTE PATIENT

# 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><b><u>Identité du patient :</u></b> 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><b><u>Personne de confiance :</u></b></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 : .....

## VOLET PROGRAMME THERAPEUTIQUE ET DE SUIVI : VOLET CHIRURGICAL

### 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

<b>Chirurgie:</b>	Date : Type et localisation anatomique : ..... ..... .....	Dr : .....	A :
	<b>Examens</b> : (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

Assistante sociale	Oui	Non	Kinésithérapeute	Oui	Non
Psychologue	Oui	Non	Gestion de la douleur	Oui	Non
Déticienne	Oui	Non	Association patients	Oui	Non
Aide à domicile	Oui	Non	APA	Oui	Non

**CALENDRIER DETAILLE**

<b>CHIRURGIE</b> Date hospitalisation :																								
<b>SOINS DE SUPPORT (préciser le nom du responsable) :</b>	<b>MOIS 1</b> Semaines				<b>MOIS 2</b> Semaines				<b>MOIS 3</b> Semaines				<b>MOIS 4</b> Semaines				<b>MOIS 5</b> Semaines				<b>MOIS 6</b> Semaines			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Traitement																								
Prise en charge de la douleur :																								
Kinésithérapie :																								
Nutrition :																								
Soutien psychologique :																								
Autres :																								

**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"> <li>- <u>Gériatrie</u> :</li> <li>- <u>IDE Libérale</u> :</li> <li>- <u>Pharmacien d'officine</u> :</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Masseur kinésithérapeute</u> :</li> <li>- <u>Structures HAD</u> :</li> <li>- <u>Autres</u> :</li> </ul> |
|---|---|

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>

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><b>Bilan initial :</b></p>	<p><b>Personne ayant réalisé le bilan social :</b></p> <p><b>Date :</b></p> <p><b>Synthèse du bilan social :</b></p> <p><b>Actions mises en œuvre et dates :</b></p>
<p><b>Bilan intermédiaire :</b></p>	<p><b>Personne ayant réalisé le bilan social :</b></p> <p><b>Date :</b></p> <p><b>Synthèse du bilan social :</b></p> <p><b>Actions mises en œuvre et dates :</b></p>