

## CONSULTATION D'ANNONCE MEDICALE

Docteur : .....

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

<p><b>Identité du patient :</b>          Nom : ..... Nom de naissance : .....          Prénom : .....          Date de naissance : ..... / ..... / .....          Adresse.....          .....</p>	<p><b>Patient accompagné :</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>- Lien de parenté :          - Personne de confiance :</p>
<p><b>Diagnostic principal :</b>          .....          .....          .....</p>	<p><b>Etat général du patient :</b> (Score OMS)</p> <p><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 :	
<p><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</p> <p>Etat nutritionnel :                    <math>IMC = \text{poids} / (\text{taille})^2 =</math></p>	<p>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</p>	
Chirurgie	Radiothérapie	Chimiothérapie
<p><input type="checkbox"/> Polyclinique de la Thiérache</p>	<p><input type="checkbox"/> Centre GRAY</p>	<p><input type="checkbox"/> Polyclinique du Parc</p>