

Date de l'entretien :

Réalisé par : .....

Date de la consultation médicale :

Fonction : .....

Nom du médecin :

## DONNEES GENERALES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

➤ **Personnes de l'entourage présentes :**

➤ **Mode de déplacement :**

Accompagné

Voiture particulière

transports en commun

Taxi

Ambulance

Autres : .....

➤ **Situation familiale :**

Marié (e)

Divorcé (e)

Veuf (ve)

Vie maritalement

Célibataire

Avec enfant (s) à charge :

➤ Nombre : .....

➤ Age : .....

➤ **Couverture Sociale :**

Sécurité Sociale

CMU

Mutuelle :

Oui

Non

Demande ALD faite

Oui

Non

## COMPREHENSION DU PATIENT

➤ **De sa maladie :** OUI  NON

Remarques : .....

➤ **De son traitement :** OUI  NON

Remarques : .....

## RETENTISSEMENTS

### > 1) Social

En activité : Salarié(e)/Etudiant(e)

Arrêt de travail

Activité non salariée

Temps partiel

Sans emploi

Retraité

Remarques : .....

.....

.....

### > 2) Familial

Entouré

Isolement familial géographique

Personne à charge

Remarques : .....

.....

.....

### > 3) Psychologique

Anxiété

Sentiments d'impuissance

Mutisme

Peur

Pleurs

Injustice

Colère

Désespoir

Remarques : .....

.....

.....

### > 4) Physique

#### > Douleur :

OUI

NON

EVA document transmis :

OUI

NON

( Voir fiche douleur )

Localisation : .....

.....

.....

Traitement : .....

.....

.....

## RETENTISSEMENTS

► **Troubles du sommeil** OUI  NON

Somnifère : OUI  NON

Prise de somnifère avant le  
Diagnostic OUI  NON

► **Troubles de l'alimentation** OUI  NON

Observations : .....

.....

.....

.....

.....

► **Avez-vous des signes de fatigue ?** OUI  NON

Autres : .....

.....

.....

.....

.....

### ► 5) Craintes du patient par rapport :

A sa maladie

Aux traitements :  Chimiothérapie  Radiothérapie

A son environnement familial : OUI  NON

Enfant  Conjoint  Autre membre de la famille

A son travail

A son revenu

A l'intervention chirurgicale

A la mort

Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

## REFORMULATION ET COMPLEMENT D'INFORMATION

Le patient a retenu et compris les termes utilisés par les médecins : OUI  NON

Le patient a besoin de compléments d'information : OUI  NON

*Les informations complémentaires ont porté sur :*

Présentation du traitement : OUI  NON

Explication des effets secondaires : OUI  NON

Présentation de l'unité de chimiothérapie : OUI  NON

Présentation de la radiothérapie : OUI  NON

Précisez : .....

.....

.....

## PRESENTATION ET ORIENTATION VERS LES PERSONNES RESSOURCES

➤ 1) Le patient est orienté vers :

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Association de malades |
| <input type="checkbox"/> Sophrologue | <input type="checkbox"/> Diététicienne      | <input type="checkbox"/> Service esthétique     |
| <input type="checkbox"/> Algologue   |   |   |

Autres : .....

.....

➤ 2) Documents remis :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiches personnes ressources | <input type="checkbox"/> Liste d'associations | <input type="checkbox"/> Livret d'accueil |
| <input type="checkbox"/> Support évaluation douleur  | <input type="checkbox"/> Autres.....          |   |

Précisez : .....

.....

.....

## EVALUATION DE L'ENTRETIEN

.....

.....

.....

.....

SIGNATURE : .....