

PRATICIEN :

Date de la Consultation :

Nom du médecin traitant :

Adresse du médecin traitant :

Date de la première consultation :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Consultation d'annonce faite dans un autre établissement ?

OUI

NON

si oui : quel établissement ?

Localisation tumorale :

Diagnostic :

Date de la RCP :

➤ **Schéma thérapeutique :**

Chirurgie : OUI

NON

Chimiothérapie : OUI

NON

Biothérapie : OUI

NON

Type de protocole :

Radiothérapie : OUI

NON

Curiethérapie : OUI

NON

Le patient connaît le diagnostic : OUI

NON

Le pronostic a-t-il été évoqué ? OUI

NON

Parle de sa maladie OUI

NON

La famille connaît le diagnostic OUI

NON

**Famille
Proche**

Qui :

Ce qui a été dit :

au patient :

Le mot cancer a-t-il été prononcé : OUI NON

Par le patient :

Par le praticien :

Autres termes employés :

► Effets secondaires abordés :

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alopecie | <input type="checkbox"/> Nausées/Vomissements | <input type="checkbox"/> Diarrhées | <input type="checkbox"/> Septicémie |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Thrombopénie | <input type="checkbox"/> Transfusion | <input type="checkbox"/> Paresthésies |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Risque hémorragique | <input type="checkbox"/> Syndrome mains/pieds | |

Autres :

Commentaires :

Le patient a-t-il été informé de la nécessité ou du bien fondé de la pose d'un PAC (chambre implantable) ?

OUI NON

Informations données à la famille :

► La réaction du patient :

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angoisse | <input type="checkbox"/> Insomnies | <input type="checkbox"/> Anorexie | <input type="checkbox"/> Souffrance |
| <input type="checkbox"/> Pleurs | <input type="checkbox"/> Colère | <input type="checkbox"/> Déné | <input type="checkbox"/> Acceptation |
| <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Soulagement | <input type="checkbox"/> Combativité | |

Le patient a-t-il abordé la durée de vie ?

OUI NON

SIGNATURE DU PRATICIEN :