

Nom du PRATICIEN :
Nom du médecin traitant :

Date de la Consultation :/...../.....
Adresse :

Nom Prénom du PATIENT : Date de naissance :/...../.....

N° de téléphone du patient :

Localisation tumorale :

Diagnostic :

☐ Primo diagnostic ☐ Récidive ☐ Localisation II

Poids actuel : kg

Patient dénutri : ☐ OUI ☐ NON

Date de la RCP :/...../.....

Schéma thérapeutique :

Chirurgie ☐

Chimiothérapie ☐ Néo adjuvant ☐ Adjuvant

Immunothérapie ☐

Hormonothérapie ☐

Radiothérapie ☐

Curiethérapie ☐

Autre ☐

Type de protocole

Consultation oncogénétique proposée :

☐ OUI ☐ NON

Patient âgé de plus de 75 ans : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, score G8 effectué : ☐ OUI ☐ NON

Résultat score G8 :

Ce que le patient et son entourage savent

Le patient connaît le diagnostic ☐ OUI ☐ NON

La famille ou un proche est présent ☐ OUI ☐ NON

Si oui, qui ?

La famille connaît le diagnostic ☐ OUI ☐ NON

Si oui, qui ?

Le mot cancer a-t-il été prononcé ? Par le patient : ☐ OUI ☐ NON

Par le praticien : ☐ OUI ☐ NON

Autres termes employés :

Complications liées à l'intervention ont été abordées ?

Liées à la chirurgie : ☐ OUI ☐ NON

Incontinence : ☐ OUI ☐ NON

Liées à la chimiothérapie : ☐ OUI ☐ NON

Troubles sexuels : ☐ OUI ☐ NON

Liées à la radiothérapie : ☐ OUI ☐ NON

Préservation de la fertilité : ☐ OUI ☐ NON

Autre :

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

Effets secondaires abordés (liste non exhaustive)

☐ Allergie ☐ Risque infectieux ☐ Anémie/Thrombopénie ☐ Toxicités cutanées/ongles

☐ Alopécie ☐ Constipation/Diarrhées ☐ Nausées/Vomissements ☐ Syndrome mains/pieds

☐ Neuropathie

Autres :

Réaction du patient

☐ Acceptation ☐ Dénier ☐ Souffrance ☐ Agressivité ☐ Colère

☐ Insomnie ☐ Anxiété ☐ Combativité ☐ Pleurs

SIGNATURE DU PRATICIEN :