

Nom du PRATICIEN :

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

Nom Prénom du PATIENT :

Date de naissance :/...../.....

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone du patient :

Localisation tumorale :

Diagnostic : Primo diagnostic Récidive Localisation II

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

Schéma thérapeutique proposé :

Chirurgie
 Chimiothérapie Néo adjuvant Adjuvant
 Immunothérapie
 Hormonothérapie
 Radiothérapie
 Curiethérapie
 Autre
 Type de protocole

Date :

...../...../.....

Poids actuel : kg

Patient dénutri : Oui Non

Consultation oncogénétique
proposée : Oui Non

Si patient âgé de plus de 75 ans,
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 Angoisse Combativité Pleurs

Signature du praticien :