

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  .....  
 Thérapie ciblée  .....  
 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  HTA  Hypothyroïdie  Mucite stomatite  
 Arthralgie myalgie  Toxicité cardiaque  Toxicité hépatique  Toux dyspnée  
 Risque thromboembolique  Autres : .....

**Réaction du patient :**  Acceptation  Dénier  Souffrance  Agressivité  Colère  Insomnie  
 Angoisse  Combativité  Pleurs  autre : .....

**Prise en charge en Hôpital de jour pour thérapie ORALE :**  Oui  Non

Si oui, prévoir le ou les RDV suivants avec :  IDEC  APA  Assist Sociale  Psychologue  Diététicien  
 IDE Douleur  Autre .....

**Signature du praticien :**