Fiche soignante du Dispositif d'annonce

Date de la consultation d'annonce avec le médecin référent : ..... / ..... / .....

Nom du médecin référent : .....

Date de l'entretien soignant : ..... / ..... / .....

Nom du personnel soignant .....

- ❑ IDE de chirurgie
- ❑ IDE de chimiothérapie
- ❑ Manipulateur de radiothérapie
- ❑ Stomathérapeute
- ❑ Autre : .....

DONNEES GENERALES

Nom : ..... **Date de naissance : / /**

Prénom : ..... **N° de téléphone :**

Taille : .....M
Poids actuel : .....Kg PERTE DE POIDS : .....Kg
Poids habituel : .....Kg IMC actuel : .....Kg/m²

Si perte de poids conséquente (>5Kg), alerter l'équipe médicale

Personne(s) de l'entourage présente(s) :

Situation familiale et sociale :
❑ Marié (e) ❑ Divorcé (e) ❑ Veuf (ve) ❑ Vie maritalement ❑ Célibataire

❑Avec enfant (s) à charge si oui Nombre : . . . . . Age des enfants : .....

Habitat : ❑ Maison ❑ Appartement (❑ Escalier - ❑ Ascenseur) ❑ Hébergement familial/amical ❑ Sans
Conditions sanitaires : ❑ SDB au rdc ❑ SDB à l'étage ❑ WC au rdc ❑ WC à l'étage ❑ WC à l'extérieur

Couverture Sociale :
❑ Sécurité Sociale ❑ CMU Mutuelle : ❑ Oui Non ❑ si oui, laquelle :
Demande ALD faite : ❑Oui ❑ Non
Problèmes financiers : ❑ Chômage ❑ RSA ❑ autre : .....

COMPREHENSION DU PATIENT

De sa maladie : ❑ OUI ❑ NON
Remarques : .....

De son traitement : ❑ OUI ❑ NON
Remarques : .....

3C oncomel

Fiche soignante du Dispositif d'annonce

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

❑ Acceptation ❑ Agressivité ❑ Angoisse ❑ Colère ❑ Combativité
❑ Déni ❑ Insomnies ❑Pleurs ❑ Souffrance ❑ Soulagement
Remarques : ……

4) Physique

Douleur : ❑ OUI ❑ NON
Localisation :……
Traitement : ……

Troubles de l'alimentation ❑ OUI ❑ NON
Observations : ……

Troubles du sommeil ❑ OUI ❑ NON
Somnifère : ❑ OUI ❑NON

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 :

3C oncomel

Fiche soignante du Dispositif d'annonce

REFORMULATION ET COMPLEMENT D'INFORMATION

Le patient semble avoir retenu et compris les termes utilisés par les médecins :	❑ OUI	❑ NON
Le patient a eu 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 : ……..

DETECTION DE LA FRAGILITE SOCIALE

1. L'âge du patient est égal ou supérieur à 75 ans
2. Le patient vit seul
3. Le patient a des personnes à charge *(personnes âgées, handicapées)*
4. Le patient ne vit pas chez lui [1]
5. Le patient ne bénéficie pas de l'aide de son entourage en cas de besoin
6. Le patient n'a pas eu des contacts amicaux et/ou des activités de loisirs, sportives, culturelles ou associatives au cours des 12 derniers mois
7. Le patient n'a pas eu des contacts familiaux au cours des 6 derniers mois
8. Le patient rencontre des difficultés dans ses gestes de la vie quotidienne, y compris au travail
9. Le patient ne bénéficie pas d'une couverture maladie complémentaire ou d'une couverture prévoyance
10. Le patient n'exerce pas d'activité professionnelle *(si le patient est retraité, passer directement à la question 12)*
11. Son emploi n'est pas stable[2] (ne pas répondre en cas d'inactivité)
12. La situation financière de son foyer risque d'être déstabilisée par la maladie

Synthèse

Le patient présente un risque de fragilité sociale	❑ OUI ❑	❑ NON
Le patient souhaite rencontrer une assistante sociale	❑ OUI ❑	❑ NON

<u>Si la réponse à ces 2 items est oui :</u> Signalement au service social

[1] La notion de vivre chez soi s'oppose à celle de vivre chez un parent, un enfant une tierce personne ou dans une institution.
[2] Contrat à Durée Déterminée, temps partiel, intérim, …

Commentaires : ……..

Fiche soignante du Dispositif d'annonce

PRESENTATION ET ORIENTATION VERS LES PERSONNES RESSOURCES

1) Le patient est orienté vers :

❑ Psychologue ❑Assistante sociale ❑Algologue ❑Sophrologue
❑Stomathérapeute ❑Diététicienne ❑Service esthétique ❑Association de malades

Autres : ……..

2) Documents remis :

❑Fiches personnes ressources ❑Liste des associations ❑ Livret d'accueil
❑ Document « Soins de support » ❑Autres

Précisez : ……..

APPRECIATION DE L'ENTRETIEN PAR LE SOIGNANT

Durée de l'entretien : ❑ 10 minutes ❑ 20 minutes ❑ 30 minutes
❑ 45 minutes ❑ 60 minutes ❑ 90 minutes
❑ Autre : ……

Appréciation globale : ……..

Signature du soignant: