



DT9172

## CONSULTATION INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE (IPO)

|                                |              |            |                      |
|--------------------------------|--------------|------------|----------------------|
| Nom et prénom de l'utilisateur |              |            |                      |
| N° d'assurance maladie         |              | Année      | Mois                 |
|                                |              | Expiration |                      |
| Nom et prénom du parent        |              |            |                      |
| Ind. rég.                      | N° téléphone | Ind. rég.  | N° téléphone (autre) |
| Adresse                        |              |            |                      |
| Code postal                    |              |            |                      |

| Renseignements | Diagnostic                |
|----------------|---------------------------|
|                |                           |
|                | <b>Plan de traitement</b> |
|                |                           |
|                |                           |

| Motifs de consultation (précisez)  | Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Présence de symptômes multiples, sévères ou persistants liés au cancer et au traitement :   |  |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'aide à la prise de décision thérapeutique en cancérologie :  |  |
| <input type="checkbox"/> Détresse situationnelle au moment de la transition ( <i>nouveau diagnostic/traitement, progression/récidive, réadaptation/soins palliatifs/survivance, etc.</i> ) : |  |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement à la navigation complexe dans le système :  |  |
| <input type="checkbox"/> Difficulté de compréhension du plan de traitement :   |  |
| <input type="checkbox"/> Autres besoins manifestés par l'utilisateur :   |  |

| Requérant   |                          |
|---|--------------------------|
| Nom et prénom (en lettres moulées)                                | N° de permis             |
| Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur | Nom de l'établissement   |
| Signature   | Date (année, mois, jour) |

| Répondant                                    |  |
|--|--|
| Nom et prénom de l'IPO (en lettres moulées)  | N° de permis   |
| Ind. rég. N° de téléphone N° de poste        | Nom de l'établissement   |
| <input type="checkbox"/> Voir document joint | <input type="checkbox"/> Rendez-vous pour évaluation initiale prévue le : _____ Date (année, mois, jour) |
| Signature                                    | Date (année, mois, jour)   |