



DT9266

## ÉVALUATION INITIALE DE L'USAGER SUIVI EN CANCÉROLOGIE

Entrevue téléphonique     Entrevue via télésanté     Entrevue en présentiel

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'utilisateur		
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse (numéro, rue)		
Ville		Code postal
N° assurance maladie (NAM)		N° de dossier

### 1. GÉNÉRALITÉS

Diagnostic

Date du diagnostic	Année	Mois	Jour	TNM/stade	Âge	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂
--------------------	-------	------	------	-----------	-----	---

Plan de traitement

Visée :  Curative     Palliative

<input type="checkbox"/> Cathéter veineux central	Type de cathéter	Orifice de sortie du cathéter	Date d'installation	Année	Mois	Jour
---	------------------	-------------------------------	---------------------	-------	------	------

Allergies :  Oui     Non     Intolérances    Si oui, produit(s) et réaction(s)

### 2. PARTENAIRES

Professionnel	Nom	Lieu	Ind. rég.	Téléphone
Médecins				
Médecin(s) traitant(s)				
Pharmacien communautaire				
Autres intervenants				

### 3. PERSONNES À CONTACTER

Nom	Lien	Ind. rég.	1 <sup>er</sup> téléphone	Ind. rég.	2 <sup>e</sup> téléphone

### 4. HISTOIRE DE LA MALADIE, COMORBIDITÉS ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Histoire de la maladie actuelle

Diabète :     Type 1     Type 2     Traitement :     Diète seulement     Hypoglycémifiants oraux     Insulinothérapie

Maladies cardiovasculaires :     Anticoagulothérapie :     Stimulateur cardiaque :     Oui     Non

Problèmes de santé mentale    Date du diagnostic    Année    Mois    Jour

Interventions chirurgicales antérieures / Autres antécédents et comorbidités (HTA, dyslipidémie, MPOC, IRC, etc.)

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

**5. MÉDICAMENTS ACTUELS (y compris médicaments en vente libre, produits naturels, suppléments, etc.)**
 Assurance :  RAMQ  Privée :  Profil pharmacologique joint

Vaccination :

**6. APPROCHES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES****7. AUTONOMIE FONCTIONNELLE AVQ – AVD**

0 = Non évalué 1 = Autonome 2 = Besoin d'aide 3 = Dépendant

Activité	0	1	2	3	Évaluation de l'autonomie actuelle (ajoutez des notes explicatives au besoin)	
Prendre ses médicaments					<input type="checkbox"/> Pilulier	Préparé par : <input type="radio"/> Usager <input type="radio"/> Famille <input type="radio"/> Pharmacie
Se laver et se vêtir						
Utiliser les toilettes						
Se déplacer/effectuer ses transferts					<input type="checkbox"/> Accessoires utilisés :	Avez-vous chuté dans la dernière année? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Utiliser les escaliers					Nombre de marches :	<input type="checkbox"/> Accès à élévateur
Manger						
Cuisiner						
Entretenir son domicile						
Conduire l'automobile					<input type="checkbox"/> Moyen de transport :	
Faire ses courses						

ECOG : \_\_\_\_\_

**8. ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU) ET AUTRES PARTICULARITÉS****Respiration** Problème :  Oui  Non
 Dyspnée :  À l'effort  Au repos  Toux \_\_\_\_\_  Expectorations \_\_\_\_\_  Hémoptysie \_\_\_\_\_
 Autres :

Notes complémentaires sur les problèmes détectés

**Neurovasculaire** Problème :  Oui  Non
 Œdème  Maladie vasculaire  Faiblesse motrice  Neuropathie  Céphalées  Somnolence

Notes complémentaires sur les problèmes détectés

**Douleur** Problème :  Oui  Non

Évaluation : PQRSTU/expériences antérieures

**Nutrition** Problème :  Oui  Non
Poids : \_\_\_\_\_ kg  Gain  Perte  Réel  Indiqué par l'utilisateur Taille : \_\_\_\_\_ cm  Réelle  Indiquée par l'utilisateur

Notes complémentaires (perte de poids, stable depuis, etc.)

 Prothèse dentaire :  Supérieure  Inférieure Date du dernier examen dentaire Année Mois Jour

 Appétit :  Augmentation  Diminution  Stable  Aucun changement

 Diète spéciale : \_\_\_\_\_  Suppl. alimentaire : \_\_\_\_\_

 Brûlures d'estomac  Dysgueusie  Dysphagie  Nausées  Odynophagie  Pyrosis  Ulcération buccale  Vomissements
 Autres :

Nom de l'usager

N° de dossier

## 8. ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU) ET AUTRES PARTICULARITÉS (suite)

## Élimination

Problème :  Oui  NonIncontinence :  Urinaire :  Occasionnelle  Régulière  Fécale :  Occasionnelle  Régulière Sang dans l'urine  Douleur à la miction  Diarrhées nb/jr : \_\_\_\_\_  Constipation  Hémorroïdes  Rectorragie Stomie (autonomie) :  Oui  Non  Soins de la stomie et de la peau péristomiale  Nettoyage et changement du sac collecteur Autres :

## Reproduction/sexualité

Problème :  Oui  Non Andropause/Ménopause  Hormonothérapie Type d'hormonothérapie : Contraception Méthode de contraception :Date de la dernière menstruation Année Mois Jour  Désir d'avoir des enfants  Bouffées de chaleur  Sudation nocturne Préoccupations de nature sexuelle :

## Sens

Problème :  Oui  Non Altération de l'audition :  Acouphène  Surdité  Autres : \_\_\_\_\_ Port d'appareils auditifs :  Gauche  Droite  Altération de la vision :  Port de lunettes  Port de lentilles Altération de la peau (s'il y a lieu, décrire l'altération de la peau dans la partie « Notes complémentaires sur les problèmes détectés »)

Notes complémentaires sur les problèmes détectés

## État cognitif

Problème :  Oui  Non Diminution de la mémoire  Diminution de l'attention  Diminution de la concentration  Trouble de l'élocution Difficulté de la compréhension  Trouble cognitif connu : \_\_\_\_\_ Désorientation :  Personne : \_\_\_\_\_  Espace : \_\_\_\_\_  Temps : \_\_\_\_\_

Notes complémentaires sur les problèmes détectés

## Bien-être

Problème :  Oui  Non Fatigue  Anxiété  Troubles du sommeil  Humeur et l'affect: \_\_\_\_\_

Habitudes de sommeil :

Informations complémentaires:

 Présence d'idées suicidaires

Évaluation du risque suicidaire :

## Dépistage de la détresse

 Reportez-vous à l'Outil de dépistage de la détresse ODD \_\_\_ / 10Problèmes d'ordre :  Spirituel  Social/familial  Émotionnel  Pratique  Physique  Information

## Consommation

Problème :  Oui  Non Tabagisme  Vapotage Nombre de cigarettes par jour Début (année, mois) A cessé (année, mois)  Veut cesser Alcool Consommation par semaine Début (année, mois) A cessé (année, mois)  Veut cesser Drogues type : Consommation par semaine Début (année, mois) A cessé (année, mois)  Veut cesser Symptômes de sevrage Apparition (année, mois, jour) : \_\_\_\_\_

## Examen physique

Problème :  Oui  Non

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

## 9. CONNAISSANCES ET COMPRÉHENSION DE LA MALADIE ACTUELLE

Compréhension de l'utilisateur

Compréhension des proches

## 10. ÉVALUATION SYSTÉMIQUE FAMILIALE

### 10.1 Évaluation de la structure interne

#### Génogramme

Maisonnée	Cas discuté	Décès	Mariage/ union de fait	Séparation	Divorce	Homme	Femme	Avortement	Jumeau enfants	Adoption

#### Écocard

Intensité de la relation selon le nombre de lignes (1 à 4)	=====
Relation précaire	-----
Relation conflictuelle	+++++

Particularités des relations avec les proches

### 10.2 Évaluation de la structure externe

Famille élargie

Réseau de soutien social et communautaire

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

**10. ÉVALUATION SYSTÉMIQUE FAMILIALE (suite)****10.3 Évaluation de la structure contextuelle**

Occupation de l'utilisateur		Occupation du conjoint	
État de santé du proche aidant/âge			
Origine ethnique	Religion	Langue parlée	Barrière linguistique
Loisirs/sports			
<input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Vit seul(e) <input type="checkbox"/> Avec conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Description du milieu de vie (avec ou sans services, nom de la résidence, etc..)			
Préoccupations financières			

**10.4 Évaluation de la fonction expressive**

Communication verbale/non verbale avec les professionnels et les proches
Perceptions et croyances relativement à la maladie, aux traitements, au milieu de santé, à la religion et à la spiritualité
Expériences antérieures de cancer
Craintes, inquiétudes
Pertes et épreuves antérieures
Stratégies d'adaptation
Sources de stress autres que la maladie
Gestion du stress
Impacts de la maladie sur la vie professionnelle et familiale

**11. INTERVENTIONS****Enseigner/informer**

<input type="checkbox"/> Activités physiques	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Précautions	<input type="checkbox"/> Sexualité/fertilité
<input type="checkbox"/> Alimentation	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Thérapie ciblée
<input type="checkbox"/> Approche palliative	<input type="checkbox"/> Gestion des symptômes	<input type="checkbox"/> Réseau communautaire	<input type="checkbox"/> Transport et hébergement
<input type="checkbox"/> Autosoins	<input type="checkbox"/> Immunothérapie	<input type="checkbox"/> Rôle de l'IPO	<input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Neutropénie	<input type="checkbox"/> Rôle équipe interdisciplinaire	
Prévention/promotion (arrêt tabagique, alcool, jeu, autres)		Document remis	
		<input type="checkbox"/> Passeport oncologique <input type="checkbox"/> Coordonnées de l'IPO	
Autres documents remis		Autres informations/enseignements	

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

**11. INTERVENTIONS (suite)****Soutenir**

- Écoute active/soutien
  Normalisation des réactions affectives
  Valorisation des forces familiales  
 Gestion des signes et symptômes  
*(reportez-vous aux constats de l'évaluation et notes complémentaires dans la section 8)*
 Offre de soutien à la famille
  Valorisation des forces individuelles  
 Promotion de l'entraide auprès des proches  
 Autres : \_\_\_\_\_

**Coordonner**

Coordination et continuité des soins

 Présentation à la réunion interdisciplinaire

Année

Mois

Jour

Orientations vers des professionnels

Autres orientations vers des ressources (Par exemple, pour arrêt tabagique ou dépendance à l'alcool)

Autres

**12. CONSTATS DE L'ÉVALUATION PROFESSIONNELLE**

Problèmes

 Voir PTI
**13. ATTENTES ET BESOINS DE L'USAGER ET DE SES PROCHES****14. NOTES COMPLÉMENTAIRES**

Signature de l'infirmière

Date

Évaluation initiale terminée :

Année

Mois

Jour

 Oui  Non

Signature de l'infirmière

Date

Évaluation initiale terminée :

Année

Mois

Jour

 Oui  Non