



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
	Plan de traitement

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 :
Signature	Date (année, mois, jour)