



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 ^{er} téléphone	Ind. rég.	2 ^e 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 _____ Expectations _____ 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 cognitifProblème : 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-êtreProblème : 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	
Autres documents remis		<input type="checkbox"/> Passeport oncologique <input type="checkbox"/> Coordonnées de l'IPO	
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