



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 reliés 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
			Date (année, mois, jour)
<input type="checkbox"/> Voir document joint		<input type="checkbox"/> Rendez-vous pour évaluation initiale prévue le :	
Signature			Date (année, mois, jour)