



DT9266

## ÉVALUATION INITIALE DE L'USAGER SUIVI EN ONCOLOGIE

1. GÉNÉRALITÉS									
Diagnostic									
Date du diagnostic	Année	Mois	Jour	TNM/stade	Âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de traitement									
Visée : <input type="checkbox"/> Curative <input type="checkbox"/> Palliative									
<input type="checkbox"/> Cathéter veineux central	Type de cathéter	Orifice de sortie du cathéter			Date d'installation	Année	Mois	Jour	
Allergies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, produit(s) et réaction(s)							
2. PARTENAIRES									
Professionnel	Nom			Lieu	Ind. rég.	Téléphone			
Médecin de famille									
Médecin(s) traitant(s)									
Pharmacien communautaire									
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									
<input type="checkbox"/> Diabète : <input type="radio"/> Type 1 <input type="radio"/> Type 2		<input type="checkbox"/> Traitement : <input type="radio"/> Diète seulement <input type="radio"/> Hypoglycémiant oraux <input type="radio"/> Insulinothérapie							
<input type="checkbox"/> Affections cardiovasculaires : <input type="radio"/> Anticoagulothérapie :		<input type="radio"/> Stimulateur cardiaque :							
Problèmes de santé mentale					Date du diagnostic	Année	Mois	Jour	
Interventions chirurgicales antérieures									
Autres antécédents médicaux et comorbidités (HTA, dyslipidémie)									

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 :
Utiliser les escaliers					
Manger					
Cuisiner					
Entretenir son domicile					
Conduire l'automobile					<input type="checkbox"/> Moyen de transport :
Faire ses courses					

**8. ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTUVI) 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 : PQRSTUVI/expériences antérieures

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

 Prothèse dentaire :  Supérieure  Inférieure Date du dernier examen dentaire Année Mois Jour
 Appétit :  Augmentation  Diminution Diète spéciale : \_\_\_\_\_  Supp. alimentaire : \_\_\_\_\_
 Brûlures d'estomac  Dysgueusie  Dysphagie  Nausées  Odynophagie  Pyrosis  Ulcération buccale  Vomissements
 Autres :

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

## 8. ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTUVI) 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) :  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 Préoccupations de nature sexuelle :

## Sens

Problème :  Oui  Non Altération de l'audition :  Acouphène  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 Désorientation :  Personne : \_\_\_\_\_  Espace : \_\_\_\_\_  Temps : \_\_\_\_\_

Notes complémentaires sur les problèmes détectés

## Bien-être

Problème :  Oui  Non Fatigue  Anxiété  Troubles du sommeil

Habitudes de sommeil :

 Présence d'idées suicidaires

Évaluation du risque suicidaire :

## Dépistage de la détresse

 Reportez-vous à l'Outil de dépistage de la détresseProblèmes d'ordre :  Spirituel  Social/familial  Émotionnel  Pratique  Physique  Information

## Consommation

Problème :  Oui  Non Tabagisme Nombre de cigarettes par jour Début (année, mois, jour) A cessé (année, mois, jour)  Veut cesser Alcool Consommation par semaine Début (année, mois, jour) A cessé (année, mois, jour)  Veut cesser Drogues Consommation par semaine Début (année, mois, jour) A cessé (année, mois, jour)  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

 Maison    Logement    Résidence    Vit seul(e)    Avec conjoint(e)    Autre : \_\_\_\_\_

Description du milieu de vie

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

Gestion du stress

Sources de stress autres que la maladie

Impacts de la maladie sur la vie professionnelle et familiale

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

<input type="checkbox"/> Alimentation	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Rôle équipe interdisciplinaire
<input type="checkbox"/> Autosoins	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Réseau communautaire	<input type="checkbox"/> Sexualité
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Gestion des symptômes	<input type="checkbox"/> Rôle de l'IPO	<input type="checkbox"/> Transport et hébergement
<input type="checkbox"/> Autres : _____			

Prévention/promotion

Document remis

 Passeport oncologique    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

Date de la 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