



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"/> ♂			
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 ^{er} téléphone		Ind. rég.	2 ^e 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