

ANNEXE 1

GRILLE DE REPÉRAGE DE 1^{er} NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT, PENDANT LA PHASE ACTIVE DES TRAITEMENTS

Auto-questionnaire Patient « Pendant la phase active des traitements »

Date de remplissage du questionnaire :

Identification du patient :

Civilité : Madame Monsieur Mademoiselle

Nom :


Prénom :

Date de naissance :


N° de téléphone :

Courriel :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.
 Vos réponses permettront aux professionnels de santé qui vous suivent de vous proposer des soins de support. Ces soins visent à améliorer votre qualité de vie, la tolérance et l'efficacité du traitement.
 Les informations que vous transmettez permettront d'identifier vos besoins en soins oncologiques de support puis de vous proposer un accompagnement personnalisé par des professionnels.

 **Compréhension de la maladie et du traitement** (0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)

- | | |
|--|---|
| 1 Les informations concernant ma maladie (et son évolution) sont suffisantes et complètes. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 2 Les informations concernant les traitements sont compréhensibles et claires. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 3 J'ai reçu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 4 Je me sens soutenu(e) par mon entourage pour bien comprendre ce qui m'arrive. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

 **Nutrition**

- 5 Si l'on considère qu'avant l'annonce de ma maladie, je mangeais « 10 sur 10 », je mange actuellement sur une échelle de 0 à 10 (0 = je ne mange rien et 10 = je mange des quantités comme d'habitude) à ?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 6 Mon poids habituel (avant l'annonce de la maladie) : kg
 Mon poids actuel : kg
 Ma taille : m
- 7 J'ai des difficultés à avaler
 Oui Non
- 8 J'ai des nausées/vomissements/diarrhées qui impactent ma prise alimentaire
 Oui Non

- 9 Je fais un ou des régime(s) restrictif(s) (jeûne, régime pauvre en sucre, en gras...) sans prescription médicale telle que pour le diabète, le cholestérol...
 Oui Non
- 10 J'ai déjà un suivi/reçu des conseils adaptés en nutrition ?
 Oui Non

Activité physique [= activités physiques quotidiennes (marche, ménage, jardinage, vélo...) et activités sportives]

- 11 Avant l'annonce de la maladie, sur une échelle de 0 à 10, j'étais pas du tout actif(ve) = 0 à j'étais très actif(ve) = 10 ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 12 Depuis l'annonce de la maladie, je suis moins actif(ve) physiquement
 Oui Non
- 13 En ce moment, j'ai des difficultés à être actif(ve) au quotidien entre 0 (= aucune difficulté) et 10 (= difficulté extrême)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 14 En ce moment, je me sens capable de poursuivre, reprendre ou débiter seul(e) une activité physique régulière
 Oui Non
- 15 Lors d'une journée ordinaire, en ce moment je passe en moyenne :
 Plus de 7 h assis(e) Moins de 7 h assis(e)

Fatigue

- 16 Sur une échelle de 0 à 10, j'évalue ma fatigue entre 0 (= pas de fatigue) et 10 (= fatigue extrême)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Psychologie

- 17 Je suis triste
 Souvent Parfois Rarement Jamais
- 18 Je me sens angoissé(e) ou anxieux(se) en ce moment
 Souvent Parfois Rarement Jamais
- 19 Je me suis senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de ma vie
 Oui Non
 Si oui, j'ai eu ou j'ai un suivi
 Oui Non
- 20 Je prends un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment
 Oui Non
- 21 Je suis déjà suivi(e) par un professionnel pour mes difficultés psychiques
 Oui Non
- 22 Je ressens le besoin d'un soutien psychologique
 Oui Non

Douleur

- 23 J'ai ressenti des douleurs ces derniers jours
 Oui Non

RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

- 24 Si oui, j'évalue mes douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de **ma douleur maximale au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 25 Si oui, j'évalue mes douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux **ma douleur habituelle au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 26 Cette douleur...
- ... perturbe mon sommeil
 Oui Non Non concerné(e)
- ... perturbe mes activités habituelles
 Oui Non Non concerné(e)
- 27 Je prends actuellement un traitement pour mes douleurs
 Oui Non Non concerné(e)
- 28 Si oui, le traitement me soulage
 Complètement Partiellement Pas du tout



Social et familial

- 29 J'ai besoin d'informations sur les conséquences sociales et financières de ma maladie (Affection Longue Durée, droits, prestations, démarches à effectuer, impact sur l'activité professionnelle...)
 Oui Non
- 30 Je vis seul(e)
 Oui Non
- 31 J'ai des enfants ou personnes à charge
 Oui Non
- 32 J'ai des aidants (une ou plusieurs personne(s) dans mon entourage qui m'aide(nt) au quotidien)
 Oui Non
 Si oui, lesquels (membre de ma famille, amis, etc.) ?
- 33 Du fait de ma maladie et des traitements, je vais avoir besoin d'aide dans mon quotidien (aide-ménagère, garde d'enfants, suivi de la scolarité de mes enfants...)
 Oui Non
- 34 Mon logement est adapté à mon état de santé
 Oui Non
- 35 J'ai des difficultés
 Familiales Financières
 Professionnelles Non concerné(e)



Maintien et retour à l'emploi

- 36 Je poursuis mon activité professionnelle durant mes traitements de façon :
 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante
 Compliquée Très compliquée Impossibilité de poursuivre
- 37 Concernant la reprise de mon activité professionnelle :
 Je souhaite reprendre une activité professionnelle
 Je ne me sens pas capable de reprendre
 Non concerné(e)

38 Quelles seraient la ou les conditions favorables à ma reprise d'activité professionnelle ?

- Informations de mon employeur
- Formation de l'entreprise à mon accueil
- Aménagement de mon espace de travail (bureau, atelier...)
- Aménagement de mon temps de travail
- Accompagnement par le médecin du travail
- Réorientation professionnelle
- Connaître mes droits
- Autre. Laquelle ?
- Non concerné(e)



Habitudes de vie

39 Je prends des médicaments sans prescription de mon médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti inflammatoires, de somnifères...)

- Oui Non

40 Je prends d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...)

- Oui Non

41 Je fume

- Oui Non

Si oui, quelle(s) substance(s) ?

42 J'ai arrêté de fumer depuis moins d'un an

- Oui Non Non concerné(e)

43 Je consomme de l'alcool

- Oui Non

Si oui, combien de verres en moyenne par semaine ? verres



Santé sexuelle

44 La maladie a un retentissement sur ma vie intime et sexuelle

- Oui Non Non concerné(e)

45 La maladie a changé la relation avec mon/ma partenaire

- Oui Non Non concerné(e)

46 Si c'est le cas, je ressens le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé

- Oui Non



Fertilité

47 Je souhaite des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur ma capacité à avoir des enfants à l'avenir.

- Oui Non



Actions thérapeutiques

48 Je me sens capable de gérer mes traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien

- Oui Non

49 J'ai eu accès à un programme d'éducation thérapeutique

- Oui Non

RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

Commentaires :

Nous vous remercions d'avoir rempli le questionnaire.

Ce questionnaire peut être renvoyé par mail ou voie postale ou être remis en main propre à votre équipe soignante. Celle-ci reviendra vers vous pour décider ensemble des éventuels accompagnements à mettre en place.

Nous vous informons que vos réponses seront utilisées strictement dans le cadre de l'évaluation de vos besoins en soins de support.

Les données à caractère personnel vous concernant issues de ce questionnaire sont collectées et traitées sous la responsabilité de l'établissement de santé qui assure votre prise en charge. Vous pouvez vous rapprocher de ce dernier et de son délégué à la protection des données pour toute information concernant le traitement de vos données et vos droits issus du Règlement général sur la protection des données.