

## ANNEXE 2

### GRILLE DE REPÉRAGE DE 1<sup>er</sup> NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT

#### Auto-questionnaire Patient « dans la phase de l'après-cancer »

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 d'adapter et de faire évoluer votre suivi en vous proposant des soins de support permettant d'améliorer votre qualité de vie. L'objectif de ce questionnaire est de vous aider et de vous accompagner dans la phase de l'après-traitement afin d'éviter ou de diminuer le risque de séquelles.

Les informations que vous transmettez permettront d'identifier d'éventuels besoins en soins oncologiques de support et des accompagnements par des professionnels pourront vous être proposés.



#### Compréhension des modalités de surveillance de la maladie

(0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>1</b> Les informations concernant les modalités de surveillance ou suivi de ma maladie ont été suffisantes et complètes.</p>                                      | <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> |
| <p><b>2</b> Les informations concernant la fin de mes traitements actifs et les potentielles séquelles qu'ils peuvent engendrer ont été compréhensibles et claires.</p> | <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> |
| <p><b>3</b> J'ai eu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs.</p>  | <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> |
| <p><b>4</b> Je suis soutenu(e) par mon entourage pour bien vivre au mieux la fin des traitements.</p>   | <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> |



#### Nutrition

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>5</b> 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 ?</p>   | <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> |
| <p><b>6</b> Mon poids habituel (avant l'annonce de la maladie) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p> <p>Mon poids actuel : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p> <p>Ma taille : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m</p> |  |
| <p><b>7</b> J'ai des difficultés à avaler</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>  |  |

- 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 Depuis l'annonce de la maladie, je suis moins actif(ve) physiquement  
 Oui  Non
- 12 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
- 13 En ce moment, je me sens capable de poursuivre, reprendre ou débiter seul(e) une activité physique régulière  
 Oui  Non
- 14 Lors d'une journée ordinaire, en ce moment je passe en moyenne :  
 Plus de 7 h assis  Moins de 7 h assis

 **Fatigue**

- 15 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**

- 16 Je suis triste  
 Souvent  Parfois  Rarement  Jamais
- 17 Je me sens angoissé(e) ou anxieux(se) en ce moment  
 Souvent  Parfois  Rarement  Jamais
- 18 Je me suis senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de ma vie  
 Oui  Non
- 19 Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi par un professionnel pour vos difficultés psychiques ?  
 Oui  Non
- 20 Je prends un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment  
 Oui  Non
- 21 J'arrive à la fin de mes traitements actifs, je me sens fragilisé(e) sur le plan psychologique  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 22 La maladie ou ses traitements ont eu un impact sur...  
 Ma confiance en moi  
 Mon image corporelle  
 Ma mémoire/concentration  
 Autre, lequel ?   
 Non concerné(e)
- 23 J'ai besoin d'un soutien psychologique  
 Oui  Non

## RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

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



#### Douleur

- 24 J'ai ressenti des douleurs ces derniers jours  
 Oui  Non
- 25 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
- 26 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
- 27 Cette douleur...  
 ... perturbe mon sommeil  
 Oui  Non  Non concerné(e)  
 ... perturbe mes activités habituelles  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 28 Je prends actuellement un traitement pour mes douleurs  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 29 Si oui, le traitement me soulage  
 Complètement  Partiellement  Pas du tout



#### Social, familial et professionnel

- 30 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
- 31 Je vis seul(e)  
 Oui  Non
- 32 J'ai des enfants ou personnes à charge  
 Oui  Non
- 33 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.) ?
- 34 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
- 35 Mon logement est adapté à mon état de santé  
 Oui  Non
- 36 J'ai des difficultés  
 Familiales  Financières  
 Professionnelles  Non concerné(e)



#### Habitudes de vie

- 37 Je prends des médicaments sans prescription de mon médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti inflammatoires, de somnifères...)  
 Oui  Non
- 38 Je prends d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...)  
 Oui  Non

- 39 Je fume  
 Oui  Non  
 Si oui, quelle(s) substance(s) ?
- 40 Si je ne fume pas, j'ai arrêté de fumer depuis moins d'un an  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 41 Je consomme de l'alcool  
 Oui  Non  
 Si oui, combien de verres en moyenne par semaine ?  verres

### **Actions thérapeutiques**

- 42 Je me sens capable de gérer mes traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien  
 Oui  Non
- 43 J'ai eu accès à un programme d'éducation thérapeutique  
 Oui  Non

### **Rééducation ou réadaptation**

- 44 J'ai perdu une ou des capacités (marcher, attraper, entendre, voir, parler, avaler, toucher...)  
 Oui  Non  
 Si oui, laquelle ?
- 45 Mes traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) ont des conséquences sur mes activités quotidiennes.  
 Tout à fait d'accord  Plutôt d'accord  Plutôt pas d'accord  Pas du tout d'accord
- 46 J'ai des difficultés (fuite, douleur, etc.) avec mes appareillages (stomie, sonde, oxygène, ou autre dispositif) ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)

### **Santé sexuelle**

- 47 J'ai constaté un impact négatif du cancer ou de ses traitements sur ma vie intime et ma vie sexuelle  
 Oui  Non
- 48 Si c'est le cas, je ressens le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé  
 Oui  Non

### **Fertilité**

- 49 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

### **Maintien et retour à l'emploi**

- 50 J'ai poursuivi mon activité professionnelle durant mes traitements de façon :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  
 Compliquée  Très compliquée  Impossibilité de poursuivre
- 51 Concernant la reprise de mon activité professionnelle :  
 Je souhaite reprendre une activité professionnelle  
 Je ne me sens pas capable de reprendre  
 Non concerné(e)

## RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

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

- 52 Quelles seraient la ou les conditions favorables à ma reprise d'activité professionnelle ?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Information de mon employeur                              | <input type="checkbox"/> Formation de l'entreprise à mon accueil |
| <input type="checkbox"/> Aménagement de mon espace de travail (bureau, atelier...) | <input type="checkbox"/> Aménagement de mon temps de travail     |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement par le médecin du travail                  | <input type="checkbox"/> Réorientation professionnelle           |
| <input type="checkbox"/> Connaître mes droits                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Autre. Laquelle ?   |  |
| <input type="checkbox"/> Non concerné(e)   |  |

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.