

ANNEXE 4

GRILLE DE REPÉRAGE DE 1^{er} ET 2^e NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT APRÈS LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT

Version Professionnels de santé

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)

- | | | |
|----------|--|---|
| 1 | Les informations concernant les modalités de surveillance ou suivi de votre maladie sont-elles 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 la fin de vos traitements actifs et les potentielles séquelles qu'ils peuvent engendrer sont-elles 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 | Vous avez 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 | Vous vous sentez soutenu(e) par votre entourage pour bien vivre au mieux la fin des traitements. | 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 la maladie vous mangiez « 10 sur 10 », combien mangez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10 (0 = vous ne mangez rien et 10 = vous mangez des quantités comme d'habitude) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 6** Votre poids avant l'annonce de la maladie : kg

Votre poids actuel : kg

Votre taille : m

- 7 Avez-vous des difficultés à avaler ?
 Oui Non
- 8 Avez-vous des nausées/vomissements/diarrhées qui impactent votre prise alimentaire ?
 Oui Non
- 9 Faites-vous 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 Avez-vous déjà eu un suivi/reçu des conseils adaptés en nutrition ?
 Oui Non

Questions de repérage de 2^e niveau

- 1 – Peser le patient (tracer le suivi de l'évolution du poids)
- 2 – Perte de poids (en kg)
Si % perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois, orientation pour suivi nutritionnel.
- 3 – Taille en m
- 4 – IMC : $P \text{ (kg)} / T^2 \text{ (cm)}$
Si $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ou 21 pour les personnes de plus de 70 ans (critère de dénutrition), orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle
Si $> 25 \text{ kg/m}^2$ (critère de surpoids/obésité), selon le cancer, orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle
- 5 – Des changements des habitudes alimentaires ont-ils été observés ?
- À l'annonce de la maladie : Oui Non
- Pendant les traitements : Oui Non
- Depuis l'arrêt des traitements : Oui Non
- 6 – Une réduction de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire a-t-elle été identifiée ? (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles).
 Oui Non (si oui = critère de dénutrition)

Activité physique [= activité physique quotidienne (marche, ménage, jardinage, vélo...) et activité sportive]

- 11 Depuis l'annonce de la maladie, êtes-vous moins actif(ve) physiquement ?
 Oui Non
- 12 En ce moment, avez-vous 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, vous sentez-vous capable de poursuivre, reprendre ou débiter une activité physique régulière seul(e) ?
 Oui Non
- 14 Lors d'une journée ordinaire, en ce moment, passez-vous en moyenne :
 Plus de 7 h assis(e) Moins de 7 h assis(e)

Fatigue

- 15 Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous votre fatigue entre 0 (= pas de fatigue) et 10 (= fatigue extrême) ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Psychologie

- 16 Êtes-vous triste ?
 Souvent Parfois Rarement Jamais

RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

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

- 17 Vous sentez-vous angoissé(e) ou anxieux(se) ?
 Souvent Parfois Rarement Jamais
- 18 Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de votre vie ?
 Oui Non
- 19 Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi par un professionnel pour vos difficultés psychiques ?
 Oui Non
- 20 Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment ?
 Oui Non
- 21 Vous arrivez à la fin de vos traitements actifs, est-ce que vous vous sentez fragilisé(e) sur le plan psychologique ?
 Oui Non Non concerné(e)
- 22 La maladie ou ses traitements ont-ils eu un impact sur :
 Votre confiance en soi
 Votre image corporelle
 Votre mémoire/concentration
 Autre, lequel ?
 Non concerné(e)
- 23 Avez-vous besoin d'un soutien psychologique ?
 Oui Non

Question de repérage de 2^e niveau

Réaliser une évaluation en utilisant l'échelle de l'HADs « Hospital Anxiety and Depression scale » (*Annexe 4a*). Le score obtenu permettra d'orienter le patient vers le médecin, des pratiques psychocorporelles, ou le psychiatre et le psychologue.

Tout score ≥ 8 à l'échelle HADs nécessite d'orienter vers une consultation médicale (médecin traitant ou psychiatre) ou vers un psychologue.

Questions de repérage de 2^e niveau

Séquelles cognitives : questionnaire FACT-Cog (*Annexe 4b*)



Douleur

- 24 Ressentez-vous des douleurs ces derniers jours ?
 Oui Non
- 25 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de **vosre 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, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux **vosre 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-t-elle...
 ... votre sommeil ?
 Oui Non Non concerné(e)
 ... vos activités habituelles ?
 Oui Non Non concerné(e)
- 28 Prenez-vous actuellement un traitement pour vos douleurs ?
 Oui Non Non concerné(e)
- 29 Si oui, le traitement vous soulage-t-il ?
 Complètement Partiellement Pas du tout

Questions de repérage de 2^e niveau

1 – S'agit-il d'une douleur connue et identifiée ?

Oui Non

2 – Est-elle permanente ?

Oui Non

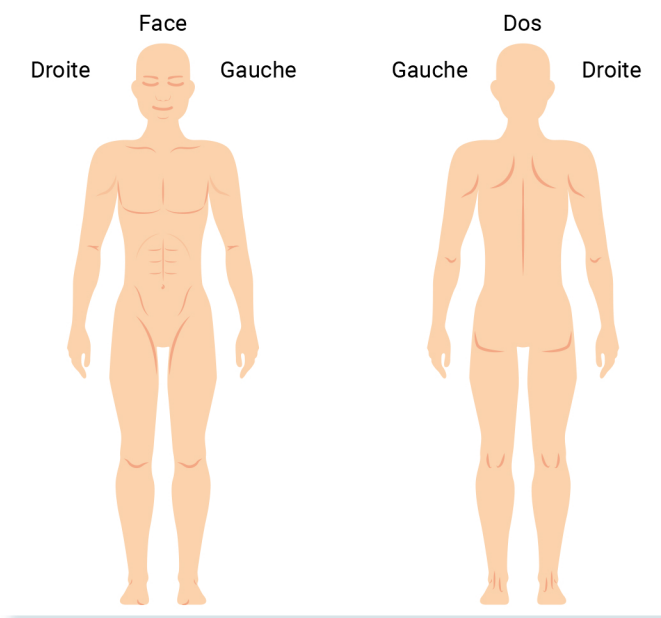
3 – Est-elle déclenchée par :

• Les mouvements ? Oui Non

• Les soins ? Oui Non

• Autres (précisez) ?

4 – Localisation : Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.



5 – Accès douloureux paroxystiques¹ ?

Oui Non

Si oui, nombre par 24 heures ?

6 – Échelle numérique de 0 à 10 (sur la dernière semaine) :

Moyenne :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Minimum :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Maximum :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 – DN4 ≥ 4 ? Oui Non (Annexe 4c)

8 – Traitement actuel :

• Observance (faire préciser la posologie prise, l'horaire...) :

• Effets indésirables :

1. L'accès douloureux paroxystiques (ADP) correspond à une augmentation transitoire de la douleur, de survenue rapide (moins de 3 minutes), de courte durée (de 30 minutes à 1 heure en moyenne) d'intensité sévère à insoutenable, survenant sur un fond de douleur stable, chez des patients recevant un traitement opioïde de fond. On différencie « les accès douloureux prévisibles » lorsque la douleur est liée à des actions volontaires du patient (ex. la marche) involontaire (ex. la toux) ou procédurale, des accès douloureux non prévisibles.

RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

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



Social, familial et professionnel

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



Habitudes de vie

- 37 Est-ce que vous prenez des médicaments sans prescription de votre médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti inflammatoires, de somnifères...)
 Oui Non
- 38 Est-ce que vous prenez d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...)
 Oui Non
- 39 Fumez-vous ?
 Oui Non
 Si oui, quelle(s) substance(s) ?
- 40 Avez-vous arrêté de fumer depuis moins d'un an ?
 Oui Non Non concerné(e)
- 41 Consommez-vous de l'alcool ?
 Oui Non
 Si oui, combien de verres par semaine ? verres

Questions de repérage de 2^e niveau

Alcool : Questionnaire FACE pour orientation (Annexe 4d)

<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/u35/FACE.pdf>



Actions thérapeutiques

- 42 Vous sentez-vous capable de gérer vos traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien ?
 Oui Non
- 43 Avez-vous eu accès à un programme d'éducation thérapeutique ?
 Oui Non

Rééducation ou réadaptation

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

Santé sexuelle

- 47 Avez-vous constaté un impact négatif du cancer ou de ses traitements sur votre vie intime et votre vie sexuelle ?
 Oui Non
- 48 Si c'est le cas, ressentez-vous le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé ?
 Oui Non
- 49 Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie sexuelle ?
 Oui Non

Fertilité

- 50 Souhaitez-vous des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur votre capacité à avoir des enfants à l'avenir ?
 Oui Non

Maintien et retour à l'emploi

- 51 Vous avez poursuivi votre activité professionnelle durant vos traitements de façon :
 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Compliquée
 Très compliquée Impossibilité de poursuivre
- 52 Concernant la reprise de votre activité professionnelle :
 Vous souhaitez reprendre une activité professionnelle
 Vous ne vous sentez pas capable de reprendre
 Non concerné(e)
- 53 Quelles seraient la ou les conditions favorables à votre reprise d'activité professionnelle ?
 Informations de votre employeur Formation de l'entreprise à votre accueil
 Aménagement de votre espace de travail (bureau, atelier...) Aménagement de votre temps de travail
 Accompagnement du médecin du travail Réorientation professionnelle
 Connaître mes droits Non concerné(e)
 Autre. Laquelle ?

Commentaires :

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire. L'équipe soignante reviendra vers vous pour décider ensemble des éventuels accompagnements à mettre en place.

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

Je vous informe que 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.