

ANNEXE 2

GRILLE DE REPÉRAGE DE 1^{er} 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)

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


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
<input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 6 Mon poids habituel (avant l'annonce de la maladie) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Mon poids actuel : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Ma taille : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m | |
| 7 J'ai des difficultés à avaler
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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 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.