

## DÉPISTAGE DES SYMPTÔMES-ONCOLOGIE

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
année mois jour

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ kg

Traitement de chimiothérapie prévu le : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

| Compléter ce document <b>24-48h avant</b> votre traitement de chimiothérapie                                                |                        |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------|
| Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité des symptômes ressentis ou vécus depuis votre dernier traitement |                        |                                                      |
| Aucune douleur                                                                                                              | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire douleur possible                                |
| Aucune fatigue                                                                                                              | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire fatigue possible                                |
| Aucun trouble du sommeil                                                                                                    | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire trouble du sommeil possible                     |
| Aucune somnolence<br>(se sentir endormi)                                                                                    | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire somnolence possible                             |
| Aucun manque d'appétit                                                                                                      | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire manque d'appétit possible                       |
| Aucun essoufflement                                                                                                         | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire essoufflement possible                          |
| Aucune dépression                                                                                                           | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire dépression possible                             |
| Aucune anxiété                                                                                                              | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire anxiété possible                                |
| Aucune nausée et/ou<br>vomissement                                                                                          | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pires nausées/vomissement possible                   |
| Aucune constipation                                                                                                         | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire constipation possible                           |
| Aucune diarrhée                                                                                                             | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire diarrhée possible                               |
| Aucun engourdissement                                                                                                       | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire engourdissement possible                        |
| Aucune lésion ou douleur<br>dans la bouche                                                                                  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire lésion ou douleur dans la bouche<br>possible    |
| Aucune sécheresse,<br>rougeur ou démangeaison                                                                               | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire sécheresse, rougeur ou démangeaison<br>possible |
| Aucun problème urinaire                                                                                                     | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pire problème urinaire possible                      |
| Autre(s) :                                                                                                                  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                                      |

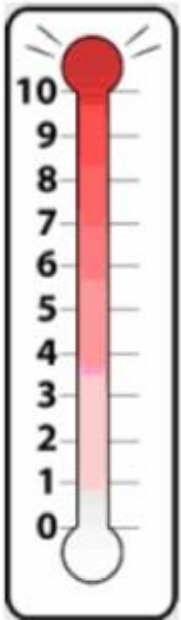
\* Adapté de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton révisé (ESAS-R) 2010.

### Depuis votre dernier traitement de chimiothérapie :

|    |                                                                    |                                                           |                       |
|----|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1. | Avez-vous fait de la fièvre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) ?        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Quand : _____         |
| 2. | Avez-vous été à l'urgence / hospitalisé(e) ?                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Date : ____-____-____ |
| 3. | Prenez-vous de nouveaux médicaments ?                              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lesquels : _____      |
| 4. | Avez-vous de la difficulté à marcher ou des troubles d'équilibre ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                       |
| 5. | Avez-vous fait une chute depuis votre dernière visite ?            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                       |
| 6. | Avez-vous peur de tomber ?                                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                       |

## OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE

La détresse est une émotion désagréable qui diminue la qualité de vie et peut nuire au fonctionnement de la personne et de son bien-être en général.

| Thermomètre de dépistage de la détresse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Liste des problèmes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ENCERCLEZ</b> le chiffre qui décrit le mieux votre bien-être en général depuis les derniers jours ou les dernières semaines.</p> <p style="text-align: center;">10 = Détresse extrême<br/>(Sensation de mal-être)</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">0 = Aucune détresse<br/>(Sensation de bien-être)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Svp, <b>cochez</b> tous les éléments qui ont été une source de <b>préoccupation</b> ou un problème pour vous <b>dans les derniers jours ou les dernières semaines</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p><b>Pratique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soin des enfants</li> <li><input type="checkbox"/> Logement</li> <li><input type="checkbox"/> Assurances/finances</li> <li><input type="checkbox"/> Transport</li> <li><input type="checkbox"/> Travail/études</li> <li><input type="checkbox"/> Décision par rapport au plan de traitement</li> </ul> <p><b>Physique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Concentration/mémoire</li> <li><input type="checkbox"/> Image de soi</li> <li><input type="checkbox"/> Mobilité</li> <li><input type="checkbox"/> Soins et hygiène corporels</li> <li><input type="checkbox"/> Sexualité/intimité</li> <li><input type="checkbox"/> Fertilité</li> <li><input type="checkbox"/> Œdème (sensation d'enflure)</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p><b>Spirituel/religieux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sur le sens ou le but de ma vie</li> <li><input type="checkbox"/> Me sentir ébranlé(s) dans mes croyances /valeurs</li> </ul> <p><b>Émotionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Peur/inquiétudes/nervosité</li> <li><input type="checkbox"/> Tristesse</li> <li><input type="checkbox"/> Colère/frustration</li> <li><input type="checkbox"/> Perte d'intérêt dans vos activités habituelles</li> </ul> <p><b>Social / familial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Relation avec vos enfants</li> <li><input type="checkbox"/> Relation avec votre conjoint(e)</li> <li><input type="checkbox"/> Relation avec vos proches</li> </ul> </td> </tr> </table> <p>Autre(s) préoccupation(s) : _____</p> <p>Souhaitez-vous avoir de l'aide pour l'un des problèmes ci- haut mentionnés :</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non</p> | <p><b>Pratique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soin des enfants</li> <li><input type="checkbox"/> Logement</li> <li><input type="checkbox"/> Assurances/finances</li> <li><input type="checkbox"/> Transport</li> <li><input type="checkbox"/> Travail/études</li> <li><input type="checkbox"/> Décision par rapport au plan de traitement</li> </ul> <p><b>Physique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Concentration/mémoire</li> <li><input type="checkbox"/> Image de soi</li> <li><input type="checkbox"/> Mobilité</li> <li><input type="checkbox"/> Soins et hygiène corporels</li> <li><input type="checkbox"/> Sexualité/intimité</li> <li><input type="checkbox"/> Fertilité</li> <li><input type="checkbox"/> Œdème (sensation d'enflure)</li> </ul> | <p><b>Spirituel/religieux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sur le sens ou le but de ma vie</li> <li><input type="checkbox"/> Me sentir ébranlé(s) dans mes croyances /valeurs</li> </ul> <p><b>Émotionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Peur/inquiétudes/nervosité</li> <li><input type="checkbox"/> Tristesse</li> <li><input type="checkbox"/> Colère/frustration</li> <li><input type="checkbox"/> Perte d'intérêt dans vos activités habituelles</li> </ul> <p><b>Social / familial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Relation avec vos enfants</li> <li><input type="checkbox"/> Relation avec votre conjoint(e)</li> <li><input type="checkbox"/> Relation avec vos proches</li> </ul> |
| <p><b>Pratique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soin des enfants</li> <li><input type="checkbox"/> Logement</li> <li><input type="checkbox"/> Assurances/finances</li> <li><input type="checkbox"/> Transport</li> <li><input type="checkbox"/> Travail/études</li> <li><input type="checkbox"/> Décision par rapport au plan de traitement</li> </ul> <p><b>Physique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Concentration/mémoire</li> <li><input type="checkbox"/> Image de soi</li> <li><input type="checkbox"/> Mobilité</li> <li><input type="checkbox"/> Soins et hygiène corporels</li> <li><input type="checkbox"/> Sexualité/intimité</li> <li><input type="checkbox"/> Fertilité</li> <li><input type="checkbox"/> Œdème (sensation d'enflure)</li> </ul> | <p><b>Spirituel/religieux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sur le sens ou le but de ma vie</li> <li><input type="checkbox"/> Me sentir ébranlé(s) dans mes croyances /valeurs</li> </ul> <p><b>Émotionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Peur/inquiétudes/nervosité</li> <li><input type="checkbox"/> Tristesse</li> <li><input type="checkbox"/> Colère/frustration</li> <li><input type="checkbox"/> Perte d'intérêt dans vos activités habituelles</li> </ul> <p><b>Social / familial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Relation avec vos enfants</li> <li><input type="checkbox"/> Relation avec votre conjoint(e)</li> <li><input type="checkbox"/> Relation avec vos proches</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>Note d'évaluation de l'infirmière / analyse / intervention(s) :</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>À la suite de l'évaluation de l'infirmière:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Usager apte à recevoir chimiothérapie                      Signature : _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Adapté du Screening Tools for Measuring Distress (NCCN, 2013). Comité consultatif sur le volet «Symptômes» du registre de cancer. Direction de la lutte contre le cancer MSSS (2008)                      \* Pratiques organisationnelles requises (POR)