



DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : _____

Installation : _____

**Outil de dépistage des symptômes rapportés
par l'usager en oncologie**

Date (aaaa/mm/jj) : _____

Traitement de chimiothérapie prévu le : _____

| Remplir ce formulaire 24-48 heures avant votre traitement de chimiothérapie. | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| Veuillez encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti ou vécu 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 (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 vomissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pires nausées et/ou 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 dans la bouche | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pire lésion ou douleur dans la bouche possible |
| Aucune rougeur ou démangeaison de la peau | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pire rougeur ou démangeaison possible |
| Aucun problème urinaire | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pire problème urinaire possible |
| Autre : _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Adapté de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton révisé (*Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-R)*), 2010.

Depuis votre dernier traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie :

- Avez-vous fait de la fièvre (*plus de 38°C*)? Oui Non Quand : _____
- Êtes-vous allé à l'urgence ou été hospitalisé? Oui Non Date : _____
- Prenez-vous de nouveaux médicaments? Oui Non Lesquels : _____
- Avez-vous chuté? Oui Non
- Limitez-vous vos activités intérieures ou extérieures de peur de tomber? Oui Non

Section à compléter par un professionnel

Clinique externe d'oncologie Unité d'hospitalisation d'oncologie Radio-oncologie CLSC

Poids : _____ kg **Symptômes de plus de 4 :** Évaluation complète selon le PQRSTUV(i)
(voir note d'évaluation de l'infirmière au verso)

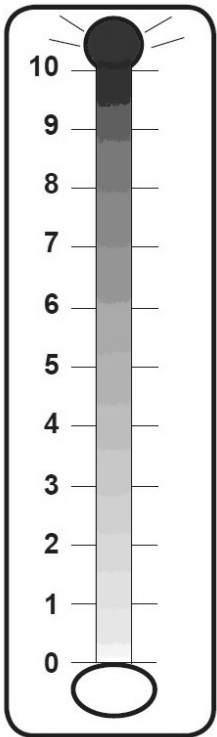
Nom : _____ Signature : _____

Nom et prénom de l'usager :

N° de dossier :

OUTIL DE DÉTECTION 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><u>Encerclez</u> le chiffre qui décrit le mieux votre bien-être en général depuis les derniers jours ou les dernières semaines.</p> | <p>Veillez cocher tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous dans les derniers jours ou les dernières semaines.</p> | |
| <p>10 = Détresse extrême (sensation de mal-être)</p>  <p>0 = Aucune détresse (sensation de bien-être)</p> | <p>Pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soin des enfants <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Assurances/finances <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Travail/études <input type="checkbox"/> Décision par rapport au plan de traitement <p>Physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Concentration/mémoire <input type="checkbox"/> Image de soi <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Soins et hygiène corporels <input type="checkbox"/> Sexualité/intimité <input type="checkbox"/> Fertilité <input type="checkbox"/> Œdème (sensation d'enflure) | <p>Spirituel/religieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sur le sens ou le but de ma vie <input type="checkbox"/> Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances/valeurs <p>Émotionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peur/inquiétudes/nervosité <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Colère/frustration <input type="checkbox"/> Perte d'intérêt dans vos activités habituelles <p>Social/familial :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Relation avec vos enfants <input type="checkbox"/> Relation avec votre conjoint(e) <input type="checkbox"/> Relation avec vos proches |
| <p>Autre(s) préoccupation(s) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | |
| <p>Souhaitez-vous obtenir de l'aide pour l'un des problèmes ci-dessus mentionnés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Usager référé à : _____ Date : _____ (aaaa/mm/jj)</p> | | |

Note d'évaluation de l'infirmière / analyse / interventions

À la lumière de l'évaluation de l'infirmière, l'usager est apte à recevoir de la chimiothérapie : Oui Non

Nom : _____ Signature : _____

Adaptation : « Screening Tools for Measuring Distress », National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2013.

« La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins », Direction des communications du MSSS, 2017.

Référence : Pratiques organisationnelles requises (POR)