

Identification patient

Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Médecin traitant :	.....	Fiche remplie le :/...../.....
Nom de naissance	.....	Couverture sociale :	sécurité sociale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Par :	.....
Prénom	.....		mutuelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fonction :	.....
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	...../...../.....		PUMa : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tampon, signature :	
Code postal	.....		Complémentaire santé		
Téléphone	.....		solidaire (CMU/ACS) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
			ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Organe atteint :		Dernier traitement connu :		Date de fin de traitement :	

Points de vigilance	Repérage des besoins	Orientation
<p align="center">Nutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction des apports alimentaires : dénutrition (perte d'appétit) et/ou possibles troubles du goût et des ingesta, troubles du comportement alimentaires, troubles cognitifs • Séquelles du traitement : mucite, ostéite (au niveau Stomato/ORL), résection digestive haute ou grêlique (diarrhée...), troubles de la déglutition <u>diagnostiqués</u> • Problèmes bucco-dentaires • Isolement social, difficultés financières : facteurs de dénutrition et risque associés de dépressio n <p>> Surveiller la variation de poids</p>	<p align="center">Nutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poids actuel (kg) : Poids habituel avant la maladie (kg) : • Taille (m) : IMC : <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p align="center"><i>Critères de dénutrition : Un seul des critères suivants valide la dénutrition.</i></p> <p align="center"><i>+70 ans: IMC <21 et/ou perte de poids > à 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois et/ou albumine <35g/L (attention CRP)</i></p> <p align="center"><i>18-70 ans: IMC<18.5 et/ou > 5% en 1 mois et/ou 10 % en 6 mois et/ou >10% par rapport au poids</i></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Prise de poids pendant ou/et après la phase de traitement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Depuis l'arrêt des traitements, l'appétit est : Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Aucun appétit <input type="checkbox"/> • Avez-vous des symptômes associés ? (Troubles de la déglutition ou mastication, troubles du goût, nausées et/ou vomissements, mauvais transit, ...) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Si oui, le(s)quel(s) : • Marqueurs de l'état nutritionnel : Albumine:, CRP :, Vitamines :, Minéraux : K....., Mg..... • Allergies, intolérances alimentaires : • Mise en place de nutrition entérale/parentérale : pendant le traitement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> actuellement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Remarques : 	<p align="center">Orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 bilan + 6 consultations <input type="checkbox"/> 2 bilans + 4 consultations <input type="checkbox"/> 3 bilans + 2 consultations <input type="checkbox"/> <p>Pour information : Les formules proposées correspondent au montant maximum du forfait alloué par patient : 180€/an. Toute consultation doit être précédée d'un bilan .</p> <p>Nutrition</p> <p>Bilan diététique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, nombre de consultations :</p> <p>Nom de la diététicienne choisie par le patient :</p>
<p align="center">Activité Physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspect fonctionnel : fatigue chronique, douleurs articulaires / musculaires • Aspect psycho-social : isolement, anxiété / stress • Habitudes de vie : - sédentarité : plus de 7h/jour en position assise - niveau d'activité physique en-dessous des recommandations. <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p align="center"><i>30 minutes d'activité physique développant l'aptitude cardio-respiratoire d'intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer.</i></p> </div>	<p align="center">Activité Physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aujourd'hui, avez-vous des difficultés à être actif au quotidien ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Par rapport à avant votre maladie, êtes-vous moins actif ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Vous sentez vous capable de débiter ou reprendre une activité physique ? - Avec le soutien d'un professionnel : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - En autonomie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 	<p align="center">Activité Physique</p> <p>Bilan APA par la maison Sport-Santé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dégré de limitation fonctionnelle : Aucune limitation <input type="checkbox"/> Minimale <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/></p> <p>Points de vigilance lors de la pratique :</p>
<p align="center">Soutien psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes cognitifs : Pensées : pensées intrusives et itératives (et/ou répétitives), rumination mentale, pensées dépréciatives (sur soi , sur le monde...) Emotions : Sensation de perte de contrôle, envahissement émotionnel, sentiment d'injustice, culpabilité, colère, tristesse... Facultés cognitives : difficultés mnésiques, troubles de l'attention et/ou de la concentration, difficultés à intégrer les informations, difficultés à se projeter dans l'avenir, ambivalence... • Signes comportementaux : troubles du sommeil et/ou de l'alimentation, capacité à éprouver du plaisir (hédonie), asthénie, irritabilité, comportement phobique, évitement des situations anxiogènes, angoisse, troubles de la sexualité... • Signes somatiques : troubles respiratoires (sensation d'étouffement), troubles digestifs (maux de ventre...), bouffées de chaleur, gorge nouée... • Soutien, ressources : extérieures (amis, famille...) Intérieures : résilience, compétences psychosociales (estime de soi, capacité à communiquer...) 	<p align="center">Soutien psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous êtes en fin de traitement, vous sentez-vous fragilisé(e) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • La maladie ou ses traitements ont-ils eu un impact sur votre : Confiance en soi <input type="checkbox"/> Image corporelle <input type="checkbox"/> Mémoire/concentration <input type="checkbox"/> Non concerné <input type="checkbox"/> • Depuis l'arrêt des traitements, éprouvez-vous : De l'angoisse ou de l'anxiété <input type="checkbox"/> Des troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Une baisse de moral <input type="checkbox"/> Des épisodes dépressifs <input type="checkbox"/> • Souhaitez-vous un soutien psychologique ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 	<p align="center">Soutien psychologique</p> <p>Bilan psychologique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, nombre de consultations :</p> <p>Nom de la/du psychologue choisi/e par le patient :</p>
		<p align="center">La CPTS Champsaur Valgaudemar coordonne votre parcours : Contactez notre équipe par téléphone au 04 13 38 73 61</p>

