

Données initiales du patient

Date J1 : / / **Date de Diagnostic** : / / **Date de naissance** : / /
Age : **Poids avant la maladie (en kg)** : kg **Taille (m)** : m
Sexe : Homme Femme **Patient** : Droitier Gaucher
Siège de la tumeur initiale : [menu déroulant sur informatique] : [Champ libre version papier]
Stade cancer : TNM (*préciser*) : T N M Autre (*préciser*) :
Type de suivi : Téléphone Consultation Prestataire
Lieu de résidence actuel : Domicile Institution / Convalescence Hospitalisation conventionnelle Hôpital de semaine/de jour
 HAD Unité de Soins palliatifs Non connu Décès : / /

Commentaires :

Traitement du cancer

	Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie	Autres traitements
Traitement(s) antérieur(s) achevé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu	<input type="checkbox"/> Oui, date : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Arrêt prématuré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Arrêt prématuré	Préciser :
Traitement(s) en cours / réalisé(s)	<input type="checkbox"/> Oui, date : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu <i>Ce traitement :</i> <input type="checkbox"/> Se déroule comme prévu <input type="checkbox"/> Modifié <input type="checkbox"/> Non répondu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu <i>Ce traitement :</i> <input type="checkbox"/> Se déroule comme prévu <input type="checkbox"/> Modifié <input type="checkbox"/> Non répondu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu <i>Ce traitement :</i> <input type="checkbox"/> Se déroule comme prévu <input type="checkbox"/> Modifié <input type="checkbox"/> Non répondu
Traitement(s) à venir <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non connu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non

Score du Performance Status (cochez 1 seul chiffre)

<input type="checkbox"/> 0	Pleinement actif - Le malade peut exercer son activité normale sans aucune restriction
<input type="checkbox"/> 1	Restreint dans les activités physiques fatigantes, mais ambulatoire, pouvant exercer une activité sans contraintes physiques importantes – activité domestique légère, bureau, etc....
<input type="checkbox"/> 2	Patient ambulatoire et capable de s'occuper de lui-même pour ses soins personnels, mais incapable d'activité professionnelle ou à la maison. Debout plus de 50% de la journée
<input type="checkbox"/> 3	Ne pouvant faire que le minimum pour ses soins personnels. Confiné au lit ou à la chaise plus de 50% de la journée
<input type="checkbox"/> 4	Complètement handicapé dans sa vie, confiné au lit ou à la chaise, nécessitant l'assistance pour sa toilette et ses soins quotidiens.

Symptomatologie actuelle (cocher 1 ou plusieurs cases si le patient est concerné) : Aucune : Oui Non Non connu

Symptômes	Descriptif et commentaires	
<input type="checkbox"/> Altération du goût/de l'odorat		
<input type="checkbox"/> Mucite	Grade :	
<input type="checkbox"/> Mycose buccales/ulcérations		
<input type="checkbox"/> Xérostomie		
<input type="checkbox"/> Troubles de déglutition	<input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Solide <input type="checkbox"/> Mixte	
<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Solide <input type="checkbox"/> Aphagie <input type="checkbox"/> Odynophagie	
<input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> Avec retentissement sur l'alimentation	
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Avec retentissement sur l'alimentation	
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> ≤ 3/j <input type="checkbox"/> 3-6/j <input type="checkbox"/> ≥ 6 <input type="checkbox"/> sonde	
<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales		
<input type="checkbox"/> Diarrhées	Nb de selles/j :	<input type="checkbox"/> Levée nocturne
<input type="checkbox"/> Constipation	Nb jour sans selles :	
Autre :		

Comorbidités : Escarre (stade ≥ 2) BMR Diabète Infection Œdème Ascite Autre :

Commentaires :

Statut nutritionnel

Nécessité de peser le patient : Debout Assis Couché Déclaré Non mesurable

Poids actuel du sujet (en kg) : kg Non interprétable Variation de poids en + ou en - (%) : **IMC (kg/m²)** :

Circonférence brachiale du bras non dominant (cm) : Grip test D (kg) : Grip test G (kg) : Non mesurable

Albumine (g/l) : Préalbumine (mg/l) : CRP (mg/l) : Créatinine (mg/l) :

EPA : ND

Apports caloriques oraux (kcal/j) : ≈0 <1000 >1000 ≈2000 A jeûn Apport calculé :

Douleur : ND

Apports caloriques artificiels (kcal/j) : Par voie entérale = Par voie parentérale = CO =

Hydratation : orale (ml/j) : entérale (ml/j) : IV (ml/j) :

Dénutrition clinique (avis du diét) : NSP Absente Modérée Sévère

Dénutrition PMSI : E44 E43 autre :

Activité Physique : Oui Non Laquelle :

Prise en charge nutritionnelle proposée effectivement réalisée et causes de différences

Alimentation orale maintenue : Oui Non

Cocher si le patient est concerné par :

<input type="checkbox"/> Adaptation repas : <input type="checkbox"/> Enrichissement <input type="checkbox"/> Fractionnement <input type="checkbox"/> Adaptation texture <input type="checkbox"/> Evaluation Goûts /Aversions > Prestataire* : > Commentaires : > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Compléments oraux : Nb d'unités/j : Apport proposé (kcal/j) : Apport réel (kcal/j) : > Prestataire* : > Commentaires : > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Immunonutrition : <input type="checkbox"/> CO préop <input type="checkbox"/> CO postop <input type="checkbox"/> NE préop <input type="checkbox"/> NE postop > Prestataire* : > Commentaires : > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Nutrition entérale : Type de sonde : <input type="checkbox"/> Nasogastrique <input type="checkbox"/> Nasojéjunale <input type="checkbox"/> GPE <input type="checkbox"/> GPR <input type="checkbox"/> GPC <input type="checkbox"/> Jéjunale Apport proposé (kcal/j) : _ _ _ _ Apport réel (kcal/j) : _ _ _ _ Administration : <input type="checkbox"/> Par pompe <input type="checkbox"/> Par gravité Périodicité : <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> Diurne + nocturne <input type="checkbox"/> Continue > Prestataire* : > Commentaires : > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Nutrition parentérale : Voie d'abord : <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale Apport proposé (kcal/j) : _ _ _ _ Apport réel (kcal/j) : _ _ _ _ > Prestataire* : > Commentaires : > Si non réalisée : <input type="checkbox"/> Refus patient <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Refus soignant/médecin <input type="checkbox"/> Tolérance <input type="checkbox"/> Autres :

(* Prestataire : NE, CNO, pharmacien, ...)

Compléments d'informations :

Documents remis :
Commentaires :