

## Charte PPS Questionnaire

Dans le cadre de la mise en place d'outils régionaux, le Réseau Régional de Cancérologie souhaiterait faire un état des lieux concernant le contenu et la forme du programme personnalisé de soins. Cette démarche est en lien avec la relance des groupes de travail 3C, dans le but d'élaborer une charte PPS régionale.

Par avance nous vous remercions pour votre participation.

Nom du 3C :

Nom de l'établissement :

### A- FORMAT ET REMISE DU PPS

#### 1. Sous quel format le PPS est-il mis en place ?

Un classeur       Un livret       Une pochette       Autre: .....

#### 2. Est-il utilisé par tous les établissements rattachés aux 3C ?

Oui         Non  

#### 3. Si non, pourquoi ?

.....  
.....

#### 4. Qui remet le PPS ?

.....  
.....

#### 5. A quel moment ?

.....

#### 6. Le PPS peut-il être remis à jour régulièrement ?

Oui         Non  

#### 7. Si non, pourquoi ?

.....

B- CONTENU DU PPS (selon les critères de l'INCa)

Le PPS comprend-il l'accord du malade avec sa signature ? Oui  Non

**1. Le PPS contient les informations relatives au malade et à l'établissement de santé de référence :**

Oui  Non

Le PPS comprend :

- Le nom, prénom du (de la) patient(e)
- Le nom de jeune fille
- La date et lieu de naissance
- Le N° d'identification
- Le code postal de résidence
- Les coordonnées de la personne de confiance, et présence lors de la remise du programme de soins
- La date de la consultation d'annonce
- La date de remise du programme, et coordonnées du médecin l'ayant remis au patient
- Les coordonnées de l'établissement de santé et nom du 3C de rattachement
- Autre :  
-  
-  
-

**2. Le PPS contient un volet soins :** Oui  Non

Ce volet soins comprend :

- Un calendrier prévisionnel de soins : Oui  Non
- Avec proposition thérapeutique : Oui  Non
- Avec la date prévisionnelle des soins : Oui  Non
- Avec le lieu prévisionnel des soins : Oui  Non
- Un calendrier prévisionnel de suivi : Oui  Non
- Avec les différents bilans : Oui  Non
- Avec leur fréquence : Oui  Non
- La date de transmission du PPS au médecin traitant : Oui  Non
- **Un emplacement pour la signature du MT :** Oui  Non  (hors INCA)

Quels sont les autres documents transmis au médecin traitant ?

- Proposition de la RCP : Oui  Non
- Traçabilité et date de transmission : Oui  Non
- CR opératoire : Oui  Non
- Traçabilité et date de transmission : Oui  Non
- CR d'anatomopathologie : Oui  Non
- Traçabilité et date de transmission : Oui  Non
- CR d'examens complémentaires : Oui  Non
- (Biologie, scanner, IRM...)*
- Traçabilité et date de transmission : Oui  Non
- Lettre de sortie d'hospitalisation : Oui  Non
- Traçabilité et date de transmission : Oui  Non
- Autre : .....

**3. Le PPS contient un volet social :** Oui  Non

Ce volet social comprend :

- La fiche de détection sociale de l'INCA
- La date de la consultation sociale tracée
- Les coordonnées de la personne qui a réalisé le bilan social
- Les coordonnées de l'assistant(e) social(e)
- Le calendrier des dates de rdv (en particulier la consultation sociale à mi-parcours)
- Un plan d'actions mises en œuvre à la suite de l'évaluation sociale (avec l'accord du malade)
- Un compte rendu du bilan social

**4. Le PPS contient les coordonnées des contacts utiles :** Oui  Non

Ces contacts sont ceux :

- Du ou des médecins spécialistes référents
- De l'infirmière d'information et de coordination
- Du médecin traitant
- Du pharmacien de ville
- Du laboratoire d'analyses médicales
- Des réseaux de santé territoriaux
- D'autres intervenants de ville (infirmière, masseur-kinésithérapeute ...)
- Des structures d'HAD ou de l'hôpital de proximité
- Des associations de malades



- Des organismes sociaux (CAF, CPAM, assistante sociale de secteur, CCAS, maison départementale du handicap, numéro Santé Info Droit) ;
- Ou de tout autre contact pouvant être utile au malade ainsi qu'à son entourage, en particulier lors des périodes de retour au domicile :
  - 
  - 
  - 
  -

C- EVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS QUANT A L'UTILISATION DU PPS

**1. Avez-vous déjà effectué un questionnaire de satisfaction concernant la remise et l'utilisation de votre PPS ?**

Oui  Non

**Si oui :**

**Concernant ce PPS, les professionnels sont-ils :**

Pas du tout satisfaits     Moyennement satisfaits     Satisfaits     Très Satisfaits

**Les patients :**

Pas du tout satisfaits     Moyennement satisfaits     Satisfaits     Très Satisfaits

**Commentaires :**

.....

.....

.....

**Si non :**

**Un audit régional vous semble-t-il pertinent ?**

Oui  Non

**Commentaires :**

.....

.....

Merci de votre participation.