

Plan personnalisé de soins et de suivi

Nom du patient : **Prénom :**

Nom du médecin : **Date :**

A l'issue de la RCP, les médecins vous proposent un programme personnalisé de soins (PPS). Cette proposition se veut une « feuille de route », qui indique en termes compréhensibles votre traitement (dates, lieux, chronologie, types de traitements, etc...). Il vous est rappelé que ce programme est un plan théorique que le médecin est susceptible de modifier avec votre accord.

Diagnostic établi

Traitements envisagés

- Chimiothérapie Radiothérapie Radiochimiothérapie simultanée Chirurgie
 Immunothérapie Hormonothérapie Radiologie interventionnelle Autre

Description succincte du traitement proposé

Planification prévisionnelle

*des rendez-vous de consultation et de suivi
Attention, cette planification est susceptible de modifications*

Répertoire des professionnels

Notez ou faites noter ici les coordonnées des professionnels intervenant dans votre prise en charge.

Structure d'hospitalisation (hôpital/clinique/CLCC)

Service : Téléphone :

Cadre infirmier : Téléphone :

Service : Téléphone :

Cadre infirmier : Téléphone :

Reportez-vous au livret d'accueil de votre établissement.

Numéro de garde

pour les appels de nuit :

Professionnels

intervenant dans votre prise en charge :

Médecin traitant : Téléphone :

Médecin(s) spécialiste(s) : Téléphone :

Médecin(s) spécialiste(s) : Téléphone :

Cabinet d'imagerie médicale : Téléphone :

Laboratoire d'analyses : Téléphone :

Pharmacien : Téléphone :

Infirmière à domicile : Téléphone :

Kinésithérapeute : Téléphone :

Ambulancier : Téléphone :

Assistante sociale : Téléphone :

Psychologue : Téléphone :

Diététicien : Téléphone :

Aide à domicile Téléphone :

Aide à domicile Téléphone :

Autre : Téléphone :

Autre : Téléphone :

Autre : Téléphone :

Fiche d'auto-observation du patient

Votre fiche est destinée à vous permettre de noter vous-même vos observations sur votre traitement (réaction au traitement, effets secondaires indésirables, question à destination des professionnels de santé).

Vous pouvez noter ci-après vos observations et vos questions.

Date	Mes observations - Mes questions Je note ici mon ressenti (fatigue, insomnie, douleur, nausée, ...) et les questions que je souhaite poser à mon médecin.

Fiche de transmissions médicales et paramédicales

Cette fiche est destinée à permettre le suivi entre les professionnels de santé au cours de la réalisation du traitement.

Nom : Prénom :

Date	Nom et fonction en caractères lisibles	Informations à transmettre

Evaluation de la douleur			
Dates	Echelle comportementale	Echelle visuelle analogique	Echelle verbale

Echelle visuelle analogique	
Evaluation faite par le patient à l'aide de la réglette de 1 à 10	

Echelle comportementale		Echelle verbale	
10- Position fœtale 09- Refus d'alimentation 08- Insomnie 07- Cris, pleurs, gémissements 06- Agitation	05- Agressivité 04- Protection de la zone sensible 03- Absence de communication 02- Grimaces 01- Visage crispé	Douleur exprimée par le patient	0- Pas de douleur 1- Douleur faible 2- Douleur modérée 3- Douleur intense 4- Douleur extrêmement intense