



Centre de Coordination en Cancérologie  
Territoires de Besançon-Gray et Pontarlier

## **PNEUMOLOGIE - HOSPITALISATION ET HOPITAL DE JOUR** **Dispositif d'annonce du diagnostic**

### **ENTRETIEN MEDICAL**

#### **IDENTITE**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Personne de confiance : Nom : ..... Prénom : .....  
Tel : .....  
Patient :  Seul  Accompagné  
Par qui ? .....

**Date de l'entretien** : .....

**Nom du médecin qui annonce le diagnostic** : .....

**Nom du médecin responsable du patient** : .....

**L'annonce a eu lieu** :

- Consultation externe       Hôpital de jour       Hospitalisation  
 Colloque singulier médecin / patient       Présence d'autres soignants  
 En Pneumologie      Lesquels ? .....  
 Autre : .....

### Niveau d'information avant consultation

Le patient est-il déjà informé du diagnostic avant la consultation médicale spécialisée ?

- OUI                                       NON                                       PARTIELLEMENT

Les proches sont-ils déjà informés du diagnostic avant la consultation médicale spécialisée ?

- OUI                                       NON                                       PARTIELLEMENT

Qui ? .....

### Informations données le jour de la consultation

- Cancer du poumon                                       Extension locorégionale  
     à petites cellules  
     non à petites cellules
- Rechute                                       Extension métastatique
- Autre, précisez.....

### Ce qui a été dit au patient (mots clés)

### Remarques concernant le déroulement de l'entretien

- Dénî                                       Verbalisation                                       Angoisse  
 Pleurs                                       Rires                                       Anxiété  
 Repli                                       Euphorie                                       Peur  
 Sidération                                       Rationalisation
- Stupeur
- Autre, précisez : .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Informations données sur les examens et  
actes complémentaires prévus**

**Examens radiologiques :**

- Echographie abdominale
- PET-Scan
- IRM
- Fibroscopie bronchique
- Scanner
- Scintigraphie osseuse
- Scintigraphie pulmonaire
- Echographie hépatique
- Ponction pulmonaire
- Autre, précisez : .....

**Pose de voies centrales :**

- Chambre implantable

**Projet thérapeutique annoncé**

**Avant RCP :**

- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Chirurgie
- Possibilités d'hospitalisation
- Hospitalisation prévue

**Après RCP :**

- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Chirurgie
- Possibilités d'hospitalisation
- Hospitalisation prévue
- Protocole de recherche clinique  
Lequel : .....
- Remise du PPS

**Explication des effets secondaires**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nausées vomissements   | <input type="checkbox"/> Besoins transfusionnels |
| <input type="checkbox"/> Diarrhées constipation | <input type="checkbox"/> Aplasie                 |
| <input type="checkbox"/> Mucite                 | <input type="checkbox"/> Fatigue                 |
| <input type="checkbox"/> Perte d'appétit        | <input type="checkbox"/> Aménorrhée              |
| <input type="checkbox"/> Alopécie               | <input type="checkbox"/> Infertilité (CECOS)     |
| <input type="checkbox"/> Paresthésies           | <input type="checkbox"/> Douleur                 |
| <input type="checkbox"/> Neutropénie            |  |

**Consultation infirmière**

- Proposée par le médecin
- Acceptée par le patient :       OUI                       NON

Date prévisionnelle du prochain entretien médical : .....

## **ENTRETIEN PARAMEDICAL**

**UF** :

**Date** :

**Nom du soignant** : .....

**Fonction** : .....

**L'annonce a eu lieu** :       Consultation externe

Hospitalisation

**Ce que le patient a entendu ou compris de l'entretien médical :**

**Ce que la famille a entendu ou compris de l'entretien médical :**

Document 3C Besançon

**Ce qui a été expliqué ou reformulé :**

→ Pathologie

→ Projet thérapeutique

→ Effets secondaires

**Remarques concernant le déroulement de l'entretien (craintes, inquiétudes du patient, etc...)**

Document 3C Besançon

## Informations complémentaires

### Mode de vie :

- Marié(e)     Vie maritale     Veuf (ve)  
 Séparé(e)     Divorcé(e)     Célibataire

Nombre d'enfant(s) : .....  
Age(s) : .....  
Nombre d'enfants à charge : .....  
Autre(s) personne(s) à charge : .....  
Animal domestique : .....

### Habitat :

- Urbain     Rural     Famille     Institution  
Laquelle : .....  
 Appartement     Maison     Plein pied     Etage  
 Ascenseur     Escalier

Remarque : .....

Activités / loisirs : .....

### Le patient a-t-il cherché d'autres sources d'informations concernant sa maladie ?

- Médecin traitant     Internet  
 Spécialiste     Publications / Revues / Livres  
 Famille / Ami(s)     Associations  
 Ligue contre le Cancer     Autre, précisez : .....

## Soins de Support

### Le patient a reçu les informations suivantes :

- Livret d'accueil     Psychologue  
 Présentation orale du service     Assistant social  
 Visite du service     Kinésithérapeute  
 Consultation douleur     Diététicien  
 Associations     Coiffeur / Soins esthétiques

### Le patient souhaite être orienté vers :

- Psychologue     Kinésithérapeute  
 Assistant social     Diététicien  
 Consultation douleur     Associations  
 Coiffeur / Soins esthétiques

**FICHE DE SUIVI**

**Evénement 1** : **Date** :

.....  
.....

Personne(s) accompagnante(s) : .....

Remarques du médecin :

.....  
.....  
.....  
.....

Remarques de l'infirmier(e) :

.....  
.....  
.....  
.....

**Evénement 2** : **Date** :

.....  
.....

Personne(s) accompagnante(s) : .....

Remarques du médecin :

.....  
.....  
.....  
.....

Remarques de l'infirmier(e) :

.....  
.....  
.....  
.....

**Événement 3 :**

Date :

.....  
.....

Personne(s) accompagnante(s) : .....

Remarques du médecin :

.....  
.....  
.....

Remarques de l'infirmier(e) :

.....  
.....  
.....

**Événement 4 :**

Date :

.....  
.....

Personne(s) accompagnante(s) : .....

Remarques du médecin :

.....  
.....  
.....

Remarques de l'infirmier(e) :

.....  
.....  
.....