



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

## **HEMATOLOGIE ONCOLOGIE PEDIATRIQUE** **Dispositif d'annonce du diagnostic**

### **ENTRETIEN MEDICAL**

**Date :** .....

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

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

non encore défini

**L'annonce a eu lieu :**

Hôpital de jour

Hospitalisation

Autre service : Lequel ?.....

Colloque singulier médecin / parents

Présence d'autres soignants

Lesquels ? .....

### **IDENTITE**

**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom de l'enfant :** .....

**Date de naissance :** .....

**Situation professionnelle des parents :**

Nom du père : .....

Profession du père : .....

Nom de la mère : .....

Profession de la mère : .....

**Personne de confiance :** Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

**Parents vus en couple**

**Parent vu seul**

**Présence de l'enfant :**  Pendant la totalité de l'entretien  
 Pendant une partie de l'entretien

**Autre accompagnant :** .....

### Niveau d'information avant consultation

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

- OUI                                       NON                                       PARTIELLEMENT

La fratrie est-elle déjà informée du diagnostic avant la consultation médicale spécialisée ?

- OUI                                       NON                                       PARTIELLEMENT

### Informations données le jour de la consultation

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tumeur d'Ewing                 | <input type="checkbox"/> Tumeur cérébrale        |
| <input type="checkbox"/> Lymphome                       | <input type="checkbox"/> Neuroblastome           |
| <input type="checkbox"/> Leucémie aiguë myéloblastique  | <input type="checkbox"/> Néphroblastome          |
| <input type="checkbox"/> Leucémie aiguë lymphoblastique | <input type="checkbox"/> Ostéosarcome            |
| <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde chronique    | <input type="checkbox"/> Rhabdomyosarcome        |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin             | <input type="checkbox"/> Rechute                 |
| <input type="checkbox"/> Aplasie médullaire             | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ..... |

Ce qui a été dit aux parents (mots clés) :

Ce qui a été dit à l'enfant (mots clefs) :

**Impressions personnelles du médecin / Remarques concernant le déroulement de l'entretien**

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

**Examens complémentaires :**

- PET-Scan
- IRM
- Scanner
- Radiographie pulmonaire
- Scintigraphie osseuse
- Echographie cardiaque
- Audiogramme
- Echographie abdominale de contraste
- Autre, précisez : .....

**Bloc opératoire :**

- Cathéter / site implantable
- Myélogramme
- Ponction lombaire
- Biopsie ganglionnaire
- Biopsie tumorale (osseuse viscérale)
- Biopsie ostéomédullaire
- Autre, précisez : .....

**Projet thérapeutique annonce**

- Chimiothérapie    1    2    3    (*Indiquez la chronologie du traitement*)
- Chirurgie            1    2    3
- Radiothérapie    1    2    3
- non encore défini
- Durée prévue : .....
- non encore défini
  
- Intensification thérapeutique (autogreffe)
- Allogreffe
  
- Protocole de recherche clinique : Lequel ? .....
- Remise du programme personnalisé de soins

### Explication des effets secondaires

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nausées vomissements    | <input type="checkbox"/> Aménorrhée                   |
| <input type="checkbox"/> Diarrhées constipation  | <input type="checkbox"/> Infertilité (CECOS)          |
| <input type="checkbox"/> Mucite                  | <input type="checkbox"/> Douleur                      |
| <input type="checkbox"/> Perte d'appétit         | <input type="checkbox"/> Croissance, pbs endocriniens |
| <input type="checkbox"/> Alopecie                | <input type="checkbox"/> Allergie                     |
| <input type="checkbox"/> Paresthésies            | <input type="checkbox"/> Audition                     |
| <input type="checkbox"/> Neutropénie             | <input type="checkbox"/> Toxicité cardiaque           |
| <input type="checkbox"/> Besoins transfusionnels | <input type="checkbox"/> Tumeur secondaire            |
| <input type="checkbox"/> Aplasie                 |   |
| <input type="checkbox"/> Fatigue                 |   |

### Consultation infirmière

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

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

- Communication téléphonique avec le médecin traitant ou le médecin qui a adressé le patient

DOCUMENT 3C BESANCON

## **ENTRETIEN PARAMEDICAL**

**UF :**

**Date :**

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

**Fonction :** .....

**Présence d'un interprète :**     OUI                       NON

**L'entretien a eu lieu :**     Hospitalisation                       Hôpital de jour

**Ce que les parents ont entendu ou compris de l'entretien médical :**

**Ce que l'enfant a entendu ou compris de l'entretien médical (si présent) :**

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

- Pathologie
- Projet thérapeutique
- Effets secondaires

**Impressions personnelles du soignant / remarques concernant le déroulement de l'entretien (craintes, inquiétudes des parents et de l'enfant)**

## Informations complémentaires

**Situation familiale des parents :**       Mariés       Vie maritale       Veuf (ve)  
 Séparés       Divorcés

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

Aménagements envisagés dans la situation familiale suite à la maladie de l'enfant :  
.....  
.....

### **Situation de l'enfant :**

Niveau scolaire : .....

Activités extrascolaires : .....  
.....  
.....

Habitudes de vie (alimentation, religion, etc...) : .....  
.....

**Habitat :**       Urbain       Rural  
 Appartement       Maison       Plein pied       Etage  
 Ascenseur       Escalier

### **Les parents ont-ils cherché d'autres sources d'informations concernant la maladie de leur enfant ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant        | <input type="checkbox"/> Internet                       |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste             | <input type="checkbox"/> Publications / Revues / Livres |
| <input type="checkbox"/> Famille / Ami(s)        | <input type="checkbox"/> Associations                   |
| <input type="checkbox"/> Ligue contre le Cancer  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ..... |   |

## Soins de Support

### **L'enfant et/ou ses parents ont reçu les informations suivantes :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Livret d'accueil              | <input type="checkbox"/> Diététicien  |
| <input type="checkbox"/> Présentation orale du service | <input type="checkbox"/> Professeur des écoles,<br>Coordinateur 2 <sup>nd</sup> degré |
| <input type="checkbox"/> Visite du service             | <input type="checkbox"/> Educateur jeunes enfants                                     |
| <input type="checkbox"/> Psychologue                   | <input type="checkbox"/> Interprète   |
| <input type="checkbox"/> Assistant social              | <input type="checkbox"/> Associations   |
| <input type="checkbox"/> Consultation douleur          | <input type="checkbox"/> Maison des Parents   |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute              | <input type="checkbox"/> Coiffeur   |

**L'enfant et/ou ses parents souhaitent être orientés vers :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psychologue          | <input type="checkbox"/> Interprète   |
| <input type="checkbox"/> Assistant social     | <input type="checkbox"/> Professeur des écoles,<br>Coordinateur 2 <sup>nd</sup> degré |
| <input type="checkbox"/> Consultation douleur | <input type="checkbox"/> Associations   |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute     | <input type="checkbox"/> Maison des Parents   |
| <input type="checkbox"/> Diététicien          | <input type="checkbox"/> Coiffeur   |

DOCUMENT 3C BESANCON