



## AUTODÉCLARATION DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

**CAMPUS CAMPUS** Pavillon Grimes, 5<sup>e</sup> étage, 200 av. Melrose, Ottawa, ON K1Y 4K7

**Centre de santé du sein de la femme de la région d'Ottawa**

Tél. : 613-761-4400 Téléc. : 613-761-4994

**CAMPUS GÉNÉRAL** 501, ch. Smyth, Ottawa ON K1H 8L6

**Clinique d'évaluation du cancer** Tél. : 613-737-8501 Téléc. : 613-737-8643

**Unités de diagnostique du cancer du poumon, du côlon et du rectum, et de la prostate - 7<sup>e</sup> étage**

**Centre de cancérologie**

Langue de préférence : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :					<b>RÉSERVÉ À L'INTERLOCUTEUR</b>
1. Quel problème de santé vous amène au Centre de santé? _____ _____					Renseignements provenant de l'entrevue  <input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Référé à
2. Qu'est-ce qui vous inquiète aujourd'hui? _____					
<b>Allergies aux médicaments</b>		<b>Réactions</b>			Renseignements provenant de l'entrevue  <input type="checkbox"/> Aucune allergie <input type="checkbox"/> Pharmacie avisée de l'allergie
<b>Allergies alimentaires ou à des produits</b>		<b>Réactions</b>			Renseignements provenant de l'entrevue  <input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Référé à
3. Est-ce que des membres de votre famille (parents par le sang) ont déjà eu le cancer? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					
<b>Lien avec vous (précisez si c'est du côté de votre mère ou de votre père)</b>		<b>Emplacement original du cancer</b>		<b>Votre âge au diagnostic</b>	Renseignements provenant de l'entrevue  <input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Référé à
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
<b>MÉDICAMENT</b> Pharmacie communautaire nom: _____ tél. : _____					Renseignements provenant de l'entrevue  <input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Référé à
4. Prenez-vous actuellement des médicaments (médicaments d'ordonnance ou en vente libre)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					
Médicament (nom)	Force	Dose	Fréquence	Raison	

Patient :

N° de dossier :

3. Cochez vos antécédents médicaux pertinents	Date du début	Symptômes	Renseignements provenant de l'entrevue
<input type="checkbox"/> Cancer (type) :			
<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque			
<input type="checkbox"/> Hypertension			
<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire			
<input type="checkbox"/> Maladie du foie			
<input type="checkbox"/> Maladie des reins			
<input type="checkbox"/> Troubles de thyroïde			
<input type="checkbox"/> AVC			
<input type="checkbox"/> Diabète			
<input type="checkbox"/> Trouble de saignement			
<input type="checkbox"/> Arthrite			
<input type="checkbox"/> Démence			
<input type="checkbox"/> Problèmes gastro-intestinaux			
<input type="checkbox"/> Problème psychiatrique			
<input type="checkbox"/> Autre			
6. Énumérez vos chirurgies antérieures      Date      Chirurgies      Date			
			<input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Référé à
7. Fumez-vous?			Renseignements provenant de l'entrevue
<input type="checkbox"/> Oui    Depuis combien de temps? _____    Combien de cigarettes par jour? _____			
<input type="checkbox"/> Non    Avez-vous déjà fumé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, quand avez-vous cessé? _____			
Pendant combien de temps avez-vous fumé? _____			
Combien de cigarettes par jour? _____			
8. Avez-vous été exposé à l'asbestos? _____ année			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
9. Buvez-vous de l'alcool? _____ verres/semaine			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
10. Suivez-vous un régime spécial (ou avez-vous des habitudes alimentaires culturelles)?			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, précisez : _____			
_____			
11. Est-ce que votre poids a changé dernièrement?			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui,      J'ai gagné _____ kg/lb      J'ai perdu _____ kg/lb			
12. Avez-vous de la difficulté à avaler?			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, expliquez : _____			
_____			
13. Êtes-vous aveugle ou est-ce que votre vision est limitée? <input type="checkbox"/> Je porte des lunettes			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Référé à
14. Avez-vous de la difficulté à entendre? <input type="checkbox"/> Je porte un appareil auditif			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
15. Utilisez-vous un fauteuil roulant?			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

**DOULEUR**

Renseignements  
provenant de l'entrevue

16. Avez-vous de la douleur?  Non  Oui

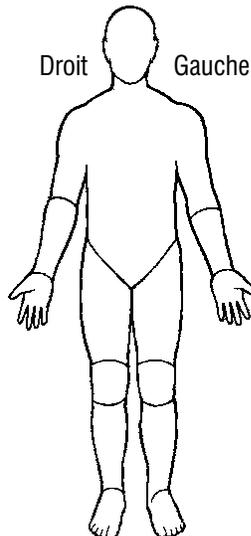
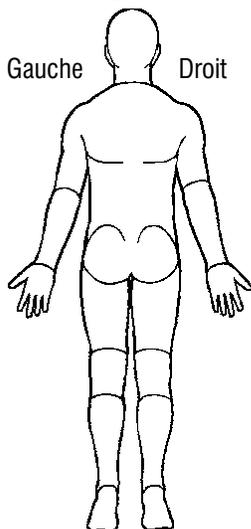
Si oui, dites quand.

\_\_\_\_\_

17. Cochez les mots qui décrivent le mieux votre douleur :

- Transperçante     Lancinante     Élançements     Sensation de brûlure     Crampes  
 Sensation de piqûre     Passagères     Autre : \_\_\_\_\_

18. À l'aide du diagramme, indiquez où vous avez mal.



- Aucune douleur  
 Inventaire abrégé de la douleur rempli (Cote 0-10)

Référé à \_\_\_\_\_

19. Que faites-vous pour soulager votre douleur?

\_\_\_\_\_

20. Est-ce que votre douleur est bien contrôlée?  Non  Oui

**SOUTIEN**

Renseignements  
provenant de l'entrevue

21. Quel est votre état civil?  Célibataire     Marié     Divorcé     Conjoint de fait  
 Veuf     Autre \_\_\_\_\_

Qui habitent avec vous (conjoint, partenaire, enfant(s), ami(s)? \_\_\_\_\_

Si vous avez des enfants, quel âge ont-ils? \_\_\_\_\_

22. Sur qui pouvez-vous compter le plus pour du soutien ou de l'aide?

Nom de la personne \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

23. Est-ce que les membres de votre famille ont été informés de vos problèmes de santé?  Non  Oui

24. Est-ce que les membres de votre famille ont de la difficulté à accepter vos problèmes de santé?

Non     Yes    Si oui, aimeriez-vous qu'on les aide?  Non  Oui

Expliquez si vous le désirez : \_\_\_\_\_

25. Quel type de travail avez-vous (ou aviez-vous)? \_\_\_\_\_

Êtes-vous :  Travailleur autonome     Employé :  À temps plein     À temps partiel  
 Personne au foyer     Retraité     Étudiant     Chômeur

26. Depuis un an, y a-t-il eu des événements perturbateurs dans votre vie autre que le problème actuel?

- Non     Perte d'emploi     Mariage dans la famille     Départ des enfants du domicile  
 Divorce/séparation     Perte d'un être cher     Naissance d'un enfant  
 Maladie dans la famille     Accident de la route     Déménagement     Retraite  
 Autre, expliquer si vous le désirez : \_\_\_\_\_

27. Encerclez dans quelle mesure le stress provoqué votre problème actuel vous a causé.

Pas du tout    0    1    2    3    4    5    Beaucoup     Aucune réponse

<p>28. Veuillez cocher le ou les termes qui décrivent le mieux vos sentiments (1 ou plus) :</p> <p><input type="checkbox"/> Inquiet    <input type="checkbox"/> Confiant    <input type="checkbox"/> Optimiste    <input type="checkbox"/> Déprimé    <input type="checkbox"/> Soulagé    <input type="checkbox"/> Effrayé</p> <p><input type="checkbox"/> Incertain    <input type="checkbox"/> En colère    <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>29. Aimerez-vous parler à un conseiller lors de votre adaptation au diagnostic? <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui Aimeriez-vous participer à un groupe de soutien? <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>30. Prévoyez-vous avoir plus tard des enfants? <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je ne sais pas    <input type="checkbox"/> Sans objet Si oui, aimeriez-vous avoir des renseignements sur les ressources en fertilité? <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>31. a Est-ce que vous-même ou votre partenaire utilisez une méthode de contraception? <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui (ligature des trompes, vasectomie, contraceptifs oraux, stérilet, condoms, diaphragme) <input type="checkbox"/> Sans objet b Êtes-vous présentement enceinte? <input type="checkbox"/> Sans objet    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui <i>Si vous êtes une femme qui pourrait accoucher (ayant ses périodes ou près d'un an de la ménopause) et que vous êtes incertaine d'être enceinte, veuillez en discuter avec votre médecin de famille, oncologiste ou l'infirmière et assurez-vous de faire un examen de grossesse. Il est important de NE PAS recevoir de traitement (chimiothérapie ou radiothérapie) si vous êtes enceinte.</i></p> <p>32. Avez-vous constaté un changement dans vos rapports intimes que vous aimeriez discuter avec : <input type="checkbox"/> un médecin OU <input type="checkbox"/> un conseiller <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>33. Avez-vous des préoccupations (par ex. : financières, soins autonomes, soins des enfants, emploi, famille responsabilités)? Si oui, veuillez expliquer : _____ <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>34. Avez-vous des croyances religieuses ou culturelles qui sont importantes pour vos soins contre le cancer? Si oui, veuillez expliquer : _____ <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>35. Recevez-vous des soins à domicile (infirmière, aide ménagère, physiothérapeute)? Si oui, veuillez expliquer : _____ <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>36. Avez-vous donné une procuration à une personne concernant vos soins personnels? Si oui, veuillez expliquer : _____ <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui Si non, aimeriez-vous avoir plus de renseignements sur les procurations? <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>37. Avez-vous besoins de renseignements sur le soutien pour la perte de revenu lors du traitement? <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>38. Qui paie vos médicaments? <input type="checkbox"/> Une assurance privée    <input type="checkbox"/> Pas de couverture Nom de la compagnie : _____ <input type="checkbox"/> Programme d'assistance gouvernementale des prestations aux personnes âgées <input type="checkbox"/> Programme de médicaments Trillium</p> <p>39. Avez-vous besoin d'aide pour vous rendre au Centre ou pour en revenir? <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Renseignements provenant de l'entrevue</p> <p><input type="checkbox"/> Demande de consultation pour le Travail Social si la cote est <math>\geq 5</math>.</p> <p><input type="checkbox"/> L'IA a vérifié la patiente, elle dit "qu'elle n'est pas enceinte présentement" date : _____ initiales : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si oui, donner le dépliant sur la perte du revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Si aucune couverture donner le formulaire d'application au programme Trillium</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Référé à</p>
--	---

**Merci d'avoir rempli ce questionnaire. Veuillez le remettre à l'infirmière.**

Rempli par (veuillez indiquer votre lien de parenté si vous n'êtes pas le patient) :

Signature \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Revu par :  
Signature \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_

Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

L'ÉQUIPE DE SOINS REMPLIE LES DEMANDES DE CONSULTATIONS AVEC :

- Gestion de douleurs et symptômes     Travail social     IPA:     Poumon     GI     Sein
- CASC    SCC:     Conducteur volontaire     Soutien de ses pairs     Médecin en soins palliatifs
- Diététiste (tête et cou seulement plus patient avec une perte de poids significative)     Psychiatrie