

# Fiche Patient

Remplir le questionnaire suivant **pour chaque patient inclus**

Nom de l'investigateur : \_\_\_\_\_

N° du patient (numéroter les patients dans l'ordre de renseignement des fiches : \_\_\_\_\_)

- **Critère d'inclusion, patient présentant :**
- un cancer en cours d'évolution
  - une hémopathie en cours d'évolution

■ **Type de structure (cochez une proposition) :**

- Court Séjour
- SSR
- USLD
- EHPAD
- HDJ
- consultation d'oncogériatrie

■ **Âge du patient :** \_\_\_\_\_ ans

■ **Sexe :**  Homme  Femme

■ **Poids :** \_\_\_\_\_ kg

■ **Taille :** \_\_\_\_\_ m

■ **Le patient est-il isolé socialement ?**  Oui  Non

■ **Site du cancer :**

- Poumon
- Sein
- Prostate
- Vessie
- Rein
- Colon-rectum
- Estomac
- Pancreas
- Epithélioma cutané
- Mélanome
- Glioblastome cérébral
- Autres cancers : précisez \_\_\_\_\_

■ **Stade du cancer :**

- Stade 1 à 2
- Stade 3
- Stade 4
- Inconnu
- Cancer loco-régional .....  Oui  Non
- Cancer métastatique .....  Oui  Non

■ **Hémopathies**

- LLC
- Lymphome (LNH et Hodgkin)
- Myélome
- Leucémie aiguë
- Syndrome myélodysplasique

■ **Date de diagnostic du cancer/hémopathie**

< 1 mois       2 à 6 mois       7 mois à 1 an       1 à 5 ans       > 5 ans

Le diagnostic a-t-il été porté lors de cette hospitalisation .....  Oui  Non

Le diagnostic a-t-il été porté lors d'une hospitalisation antérieure dans la filière gériatrique (y compris HDJ) .....  Oui  Non

Le diagnostic a-t-il été porté dans une autre unité de soins (hors gériatrie) .....  Oui  Non

Cette hospitalisation (ou consultation) est-elle directement en relation avec cette néoplasie ou cette hémopathie maligne ? .....  Oui  Non

Cette hospitalisation est-elle liée à une pathologie différente du cancer ou de l'hémopathie ? .....  Oui  Non

Y a-t-il eu recours à l'avis d'un onco-gériatre ? .....  Oui  Non

Y a-t-il eu recours à l'avis d'un oncologue ? .....  Oui  Non

Le cas a-t-il été présenté en RCP d'organe ? .....  Oui  Non

Cette présentation en RCP a-t-elle été faite en présence d'un oncogériatre ?  Oui  Non  Ne sait pas

Cette présentation en RCP a-t-elle été précédée d'une évaluation gériatrique ?  Oui  Non  Ne sait pas

L'avis gériatrique a-t-il été pris en considération pour le traitement ? .....  Oui  Non  Ne sait pas

■ **Traitements du cancer ou de l'hémopathie maligne (reçus ou en cours) :**

DÉJÀ REÇUS :

Chimiothérapie .....  Oui  Non  
Hormonothérapie .....  Oui  Non  
Radiothérapie .....  Oui  Non  
Chirurgie .....  Oui  Non

EN COURS :

Chimiothérapie .....  Oui  Non  
Si oui s'agit-il d'une :  
Chimiothérapie orale .....  Oui  Non  
Chimiothérapie intra veineuse .....  Oui  Non  
Hormonothérapie .....  Oui  Non  
Radiothérapie .....  Oui  Non  
Chirurgie .....  Oui  Non

■ **Abstention thérapeutique** .....  Oui  Non

■ **Autres traitements médicamenteux associés (traitement de fond) :**

Nombre total de médicaments (nombre de principes actifs) [\_\_\_\_\_]

Une évaluation de la douleur a-t-elle été réalisée ? .....  Oui  Non

Le patient présente-t-il des douleurs ? .....  Oui  Non

Nociceptives .....  Oui  Non

Neuropathiques .....  Oui  Non

Traitements antalgiques :

Pallier 1  Pallier 2  Pallier 3  Aucun

Le patient présente-t-il une dénutrition .....  Oui  Non

Si oui :  modérée  sévère

Des troubles cognitifs .....  Oui  Non

Si oui :  légers  modérés  sévères

Des troubles dépressifs .....  Oui  Non

Si oui :  légers  modérés  sévères

Le patient bénéficie-t-il de soins de supports ? .....  Oui  Non

- Support nutritionnel par un personnel dédié .....  Oui  Non

- Soutien psychologique par un personnel dédié .....  Oui  Non

- Kinésithérapie adaptée avec un personnel dédié .....  Oui  Non

Le patient relève-t-il d'une prise en charge en soins palliatifs ? .....  Oui  Non

Le patient a-t-il eu une prise en charge en soins palliatifs ? .....  Oui  Non

Si oui : Équipe mobile .....  Oui  Non

Médecin référent douleur .....  Oui  Non

Séjour en unité fixe de soins palliatifs .....  Oui  Non

Score ADL : [\_\_\_\_\_] / 6

GIR : [\_\_\_\_\_] / 6

Score G8 (Oncodage) : score / 17 [\_\_\_\_\_]  Non fait

■ **Biologie (bilan biologique le plus récent ; Attention aux unités)**

Albumine : [\_\_\_\_\_] g/l  Ne sait pas

CRP : [\_\_\_\_\_] mg/l  Ne sait pas

Créatininémie : [\_\_\_\_\_] µmol/l ou : [\_\_\_\_\_] mg/l  Ne sait pas

Hémoglobine : [\_\_\_\_\_] g/dl  Ne sait pas

## ■ Maladie thrombo-embolique veineuse :

Thrombose veineuse :  en cours  dans les ATCD  Non

Embolie pulmonaire :  en cours  dans les ATCD  Non

Traitement anticoagulant en cours :  Oui  Non

Si oui :  AVK  HBPM  HNF  Nouveaux anticoagulants

Traitement préventif  Traitement curatif

Durée du traitement :  < 3 mois  3-6 mois  6-12 mois  > 12 mois

### Co-morbidités (score CHARLSON)

	OUI	NON
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque congestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artériopathie périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIT/AVC sans déficit ou déficit léger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC avec hémiplégie séquellaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie ulcéreuse gastroduodénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatopathie légère (sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatopathie modérée et sévère (cirrhose, varices œsophagiennes, hypertension portale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète non compliqué (pas d'atteinte d'un organe cible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète compliqué (atteinte d'un organe cible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale modérée/ sévère (créatinine > 20mg/l ou 177 µmol/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connectivites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeur sans métastase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucémie aigüe ou chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphome, myélome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer métastasé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA déclaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents de 2 chutes ou plus dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### MERCI DE RENVoyer CE QUESTIONNAIRE REMPLI

- Par Mail en cliquant sur le bouton de renvoi ci contre :
- ou l'envoyer par fax au : 01 41 12 87 17
- ou par voie postale à : SFGG - Enquête PUGG

60, rue des Cherchevets - 92150 Suresnes