

Questions rendez-vous de soins suite au cancer

Nous demandons à tous les patients(es) de remplir ce questionnaire. Veuillez prendre quelques minutes pour répondre aux questions suivantes afin de nous permettre de mieux répondre à vos besoins.

Au cours des **14 derniers jours**, à quelle fréquence avez-vous subi les problèmes suivants?

Veuillez cocher une case par rangée

	Pas du tout	Quelques fois	Pendant plus de 7 jours	Presque tous les jours
Sentiments de nervosité ou d'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inquiétude significative ou incontrôlable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peu d'intérêt ou de plaisir pour activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moral bas, sentiments de dépression ou désespoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur de récurrence du cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez indiquer si vous avez les préoccupations suivantes à la suite de vos traitements contre le cancer en cochant oui ou non

OUI	NON	<u>Préoccupations financières</u>	OUI	NON	<u>Autres préoccupations et symptômes</u>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couvrir les coûts de nourriture/logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacité à avoir des enfants																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couvrir les coûts des médicaments/soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apparence physique																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couverture d'assurances ou aucun régime d'assurance santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration																								
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation ou diarrhée																								
OUI	NON	<u>Préoccupations sociales</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bouffées de chaleur/sécheresse vaginale																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préoccupations au sujet de mes enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausée ou vomissement																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préoccupations au sujet de mon partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à mastiquer ou avaler suite aux traitements																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes au travail ou à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préoccupations spirituelles/religieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intimité ou fonction sexuelle																								
OUI	NON	<u>Préoccupations liées à l'alimentation</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peau sèche																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préoccupations par rapport au poids corporel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sommeil																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préoccupations par rapport au régime alimentaire et au risque/incidence de cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte d'amplitude de mouvement ou de la force musculaire																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préoccupations liées aux suppléments/à base de plantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faible niveau d'énergie																								
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enflure au niveau des bras/jambes																								
OUI	NON	<u>Préoccupations liées à mes soins/ma santé</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picotements/brûlures au niveau des mains/pieds																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manque de compréhension par rapport à mon diagnostic ou au stade de mon cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de mémoire/concentration																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Questions au sujet des complications à long terme de mes traitements	<p>Parmi les activités suivantes, lesquelles correspondent à votre mode de vie?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th><u>Activités liées au mode de vie</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bronzage artificiel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Exposition fréquente au soleil</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tabagisme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Médicaments contre la douleur utilisés pour des raisons autres que le contrôle de la douleur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Exercice physique régulier</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Alcool</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Drogues récréatives</td> </tr> </tbody> </table>			OUI	NON	<u>Activités liées au mode de vie</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronzage artificiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposition fréquente au soleil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments contre la douleur utilisés pour des raisons autres que le contrôle de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exercice physique régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogues récréatives
OUI	NON	<u>Activités liées au mode de vie</u>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronzage artificiel																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposition fréquente au soleil																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabagisme																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments contre la douleur utilisés pour des raisons autres que le contrôle de la douleur																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exercice physique régulier																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcool																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogues récréatives																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Développement de d'autres maladies suite à mes traitements																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes liés au transport aux rendez-vous																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besoin d'aide avec la coordination de mes soins																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besoin d'un test de dépistage de cancer																											

Autres problèmes ou préoccupations:

*Cet outil est une adaptation du: (1) National Comprehensive Cancer Network, NCCN Guidelines® for Distress Management, Problem List, Version 3.2015;(2) PHQ-4 developed by Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B.;(3) American Society of Clinical Oncology, Providing High Quality Survivorship Care in Practice: An ASCO Guide, (2014). Traduit en français par le Centre Universitaire de Santé McGill, Montréal, Canada.

The information contained in this document is designed to help a cancer patient but may not reflect the latest guidance or current standard of practice. Equal Hope is not licensed to provide any medical or clinical advice and cannot provide any assurance as to the accuracy or relevance of any information in this document and disclaims all warranties of any kind or responsibility whatsoever regarding its content, use, or application. Under no circumstances should any information be understood to be medical advice.