

annexe 5  
(réalisée suite à la réunion de travail du  
09 janvier 2014 à Quimper)



NOM :  
 PRENOM :  
 DATE DE NAISSANCE :  
 AGE :  
 ADRESSE :  
 MEDECIN TRAITANT :  
 MEDECIN SPECIALISTE :  
 • nom  
 • nom

**MOTIF DE LA CONSULTATION**

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

**HISTOIRE DU CANCER**

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

- ✓ type histologique : .....
- ✓ classification TNM : .....
- ✓ protocole proposé par l'oncologue, le patient l'a-t-il compris ?  
 .....

				Télocopieur
<b>Brest</b>	CHRU Morvan – Bât. 2bis – 2 avenue Foch - 29609 Brest Cedex	<a href="mailto:laurence.guen@chu-brest.fr">laurence.guen@chu-brest.fr</a>	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67
<b>Rennes</b>	Pavillon Xavier Grall – Rue de la Bataille Flandres-Dunkerque - 35033 RENNES Cedex	<a href="mailto:valerie.decobecq@chu-rennes.fr">valerie.decobecq@chu-rennes.fr</a>	02 99 28 99 56	02 99 28 99 62





## MODE DE VIE

- Lieu de vie : maison / appartement / EHPAD
  - Nombre d'étages : \_\_\_\_\_ ascenseur : oui /non
  
- Situation familiale : Marié / Célibataire / Veuf / Divorcé
  
- Enfants :
 

.....

.....

.....
  
- Occupations
 

.....

.....
  
- Aides :
  - Auxiliaire de vie : oui/ non    nombre d'heures \_\_\_\_\_
  - IDE : oui / non                    nombre de passage \_\_\_\_\_
  - Aides informelles \_\_\_\_\_

## AUTONOMIE

- **IADL**            /4:

### CAPACITE A UTILISER LE TELEPHONE

- 
- 1. Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros, etc...
  - 0. Je compose un petit nombre de numéros bien connus.
  - 0. Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas.
  - 0. Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

### MOYEN DE TRANSPORT...

- 
- 1. Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en communs ou avec ma propre voiture)
  - 0. Je peux me déplacer seul(e) en taxi, mais pas en autobus.
  - 0. Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
  - 0. Je ne me déplace pas du tout.

## PRISE DE MEDICAMENTS

1. Je m'occupe moi-même de la prise (dose et horaires)  
 0. Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.  
 0. Je suis incapable de les prendre moi-même.

## GERER SON ARGENT

1. Je suis totalement autonome (budget, chèques, factures)  
 0. Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme.  
 0. Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.

- **ADL /6 ( oui = 1 ; non = 0 ; partiel = 0.5)**

Activité	Description
Hygiène corporelle	Autonome
	Aide partielle pour une partie du corps
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible
Habillage	Autonome pour le choix et l'habillage
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser
	Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement déshabillé
Aller aux toilettes	Autonome
	Doit être accompagné, besoin d'aide
	Ne va pas aux wc, n'utilise pas le bassin, l'urinoir
Locomotion	Autonome
	Besoin d'aide
	Grabataire
Continence	Continent
	Incontinence occasionnelle
	Incontinence permanente
Repas	Autonome
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits
	Aide complète ou alimentation artificielle
<b>TOTAL</b>	

EVALUATION QUALITE DE VIE

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

- Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?
- 1 2 3 4 5 6 7  
 Très mauvais Excellent
- Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?
- 1 2 3 4 5 6 7  
 Très mauvais Excellent

MARCHE

- Marche à l'extérieur : OUI / NON
- Monte les escaliers : OUI / NON
- Get up and go chronométré : le patient est assis dans un siège bas qui comporte des accoudoirs. Une marque est placée au sol à 3 mètres.  
 Test exécuté en 20 sec ou non  
 (un temps de plus de 16 secondes témoigne d'une fragilité posturale et d'un risque de chute)
- Chute : OUI/NON nombre de chutes dans l'année =  
 (« chuteur » à répétition = 2 chutes par an)
- Peur de tomber :

ETAT NUTRITIONNEL

Albuminémie .....

Etat bucco dentaire .....

Trouble de la déglutition : .....

Poids : /\_/\_/ kg Taille : /\_/\_/\_/ cm Hauteur du genou : /\_/\_/\_/ cm

## Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom:	Prenom:	Sexe:	Date:
Age:	Poids, kg:	Taille en cm:	Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage	
<b>A</b> Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui      2 = non	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) <sup>2</sup> en kg/m <sup>2</sup> ) 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC <21 2 = 21 ≤ IMC <23 3 = IMC ≥23	<input type="checkbox"/>
<b>Score de dépistage</b> (sous-total max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 points ou plus	normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins	possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale	
<b>G</b> Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non      1 = oui	<input type="checkbox"/>
<b>H</b> Prend plus de 3 médicaments 0 = oui      1 = non	<input type="checkbox"/>
<b>I</b> Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui      1 = non	<input type="checkbox"/>

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. Supplement #2:15-59.

Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly", Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bale, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Owners

<b>J</b> Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
<b>K</b> Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers?      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses?      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille?      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
<b>L</b> Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non      1 = oui	<input type="checkbox"/>
<b>M</b> Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
<b>N</b> Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>
<b>O</b> Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition	<input type="checkbox"/>
<b>P</b> Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
<b>Q</b> Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
<b>R</b> Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31      1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
<b>Evaluation globale</b> (max. 16 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
<b>Score de dépistage</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Score total</b> (max. 30 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>

### Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points      risque de malnutrition     

moins de 17 points      mauvais état nutritionnel     

0099 F

THYMIE

Etat dépressif antérieur : .....  
 Risque de décompensation d'une dépression du fait du traitement .....  
 Anxiété, tristesse .....  
 Trouble du sommeil .....  
 Traitement prescrit .....  
 Si oui, depuis quand .....

HANDICAPS SENSORIELS

VUE : .....

OUIE .....

Avez-vous du mal à suivre une conversation dans un lieu bruyant ?

Faites –vous souvent répéter vos interlocuteurs ?

Augmentez-vous le volume de la télévision et de la radio ?

Appareillage :

Si oui de quel côté ?

CONTINENCE

- URINAIRE
- ANALE
- Nécessité d'une tierce personne pour la gestion des protections : OUI /NON




TROUBLES COGNITIFS

Plainte cognitive .....

Niveau d'études .....

Consultations antérieures .....

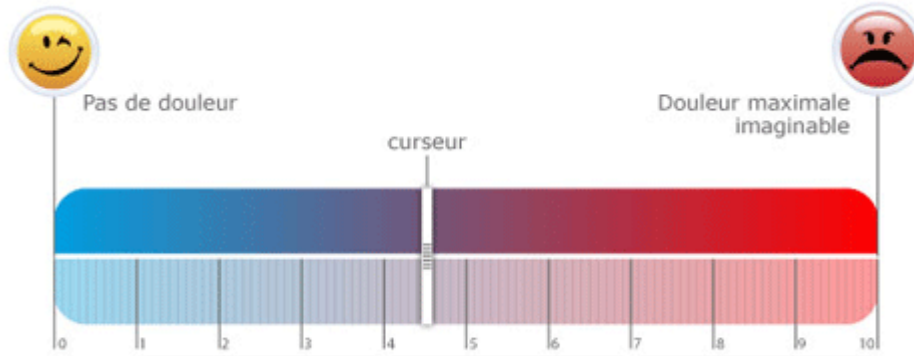
MINI MENTAL SCORE	Nom Prénom	Date
Examen de Folstein sur l'état mental : Mini Mental State		âge
<b>A - ORIENTATION</b>		Cote max
1° - Quel est : _____	I M M J V S D	5
l'année      le mois      le jour      le jour de la semaine		
La saison : printemps <input type="checkbox"/> été <input type="checkbox"/> automne <input type="checkbox"/> hiver <input type="checkbox"/>		
2° - Où sommes-nous ?		5
Région	Pays	
Ville, village	Lieu (hôpital, maison, etc.)	
<b>B - APPRENTISSAGE</b>		
3° - Dire à haute voix UN des groupes de 3 mots suivants		3
Prendre une seconde pour prononcer chaque mot.		
cigare, fleur, porte	ou	
citron, clé, ballon	ou	
chemise, bleu, honnête		
Demander de répéter les 3 mots choisis		
Donner 1 point pour chaque bonne réponse au premier essai.		
Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots.		
Compter le nombre d'essais et le noter ; pour information seulement.		Nombre d'essais
<b>C - ATTENTION et CALCUL (cocher l'un ou l'autre test)</b>		
4° <input type="checkbox"/> Faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100		5
100-7 = ( ) 93-7 = ( ) 86-7 = ( ) 79-7 = ( ) 72-7 = ( ) 65		
Donner 1 point pour chaque bonne réponse.		
ou, si le maximum de point n'est pas obtenu		
<input type="checkbox"/> Épeler le mot "MONDE" à l'envers. (EDNOM) : _____		
Retenir la meilleure réponse. (écrire les lettres)		
<b>D - RAPPEL - Rétention mnésique</b>		
5° Répéter les trois mots déjà mentionnés		3
cigare, fleur, porte		
ou		
citron, clé, ballon		
ou		
chemise, bleu, honnête		
<b>E - LANGAGE</b>		
6° - Montrer au sujet un crayon ( ) une montre ( ) et demander de nommer l'objet.		2
7° - Répéter la phrase suivante : « Pas de MAIS, de SI, ni de ET »		1
8° - Obéir à un ordre en 3 temps : « Prenez mon papier de la main droite, pliez-le en deux, jetez-le par terre »		3
(Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche et vice versa)		
(Poser la feuille à portée, ne pas la tendre à la main ; éviter les indices non verbaux)		
9° Lire et faire <b>FERMEZ LES YEUX</b> (voir feuille suivante)		1
10° - Écrire une phrase (voir feuille suivante)		1
Une phrase comprend au minimum un sujet, un verbe et un complément		
<b>F - PRAXIES CONSTRUCTIVES</b>		
11° - Copier le dessin  (voir feuille suivante)		1
• Nombre d'années de scolarité :		Max = 30
• Niveau de conscience ( ) vigilant ( ) somnolent		
• Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation		Total

DOULEUR

Localisation :

Intensité :

EVA :



Antalgique prescrit :

CONCLUSION :