

# FICHE DE PRE INSCRIPTION D'UN SOIN

## Annuaire régional des Soins Oncologiques de Support

*Les éléments obligatoires sont marqués d'un \**

### Informations générales

**Titre du soin \*** : .....

#### **Type de SOS \* et détail de prise en charge**

- ☐ Prise en charge de la douleur
  - ☐ Analgésie intrathécale
  - ☐ Consultation douleur chronique
  - ☐ Entretien psychologique
  - ☐ Hypnoanalgésie
  - ☐ Kinésithérapie
  - ☐ Neurostimulation
  - ☐ Podologie
- ☐ Prise en charge diététique et nutritionnelle
  - ☐ Consultation diététique
  - ☐ Prévention/conseils en diététique
  - ☐ Ateliers nutrition
  - ☐ Consultation nutritionnelle (sur avis médical)
  - ☐ Prise en charge des troubles de la déglutition
- ☐ Prise en charge psychologique
  - ☐ Consultation de psychologie individuelle
  - ☐ Groupe de paroles/ groupe de pairs
- ☐ Prise en charge sociale, familiale et professionnelle
  - ☐ Aide sociale et administrative
  - ☐ Démarches juridiques
  - ☐ Accompagnement au retour au travail
- ☐ Activité physique adaptée et réadaptation
  - ☐ Prise en charge individuelle d'activité physique adaptée
  - ☐ Activité physique en groupe
  - ☐ Bilan activité physique adaptée
- ☐ Conseils d'hygiène de vie
  - ☐ Consultation d'addictologie
  - ☐ Consultation de tabacologie
  - ☐ Hygiène bucco-dentaire
  - ☐ Podologie
  - ☐ Stomathérapie
- ☐ Prise en charge des troubles de la sexualité
  - ☐ Consultation d'onco-sexualité
  - ☐ Consultation de gynéco-obstétrique
  - ☐ Consultation troubles de la sexualité
  - ☐ Intervention psychologique

- ☐ Soutien au repérage et à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité
  - ☐ Conseils et orientation préservation
  - ☐ Consultation de gynéco-obstétrique
  - ☐ Recueil et conservation par congélation de cellules reproductives
- ☐ Soutien psychologique des proches et aidants
  - ☐ Consultation de psychologie individuelle
  - ☐ Groupe de paroles/ groupe de pairs

### **Description \***

Expliquez votre soin de support en quelques mots afin d'en dire plus aux usagers : déroulé, exemple d'activité réalisée, etc. Nous vous conseillons d'écrire des acronymes en toutes lettres pour une bonne compréhension par tous.

### **Tranche d'âge \***

- ☐ Enfant (-18 ans)
- ☐ Spécifique Adolescents et Jeunes Adultes (15-24 ans)
- ☐ Adultes (plus de 18 ans)
- ☐ Spécifique Personnes âgées (75 ans et plus)
- ☐ Tout âge

## **Informations pratiques**

### **Quel(le) professionnel(le) effectue le soin de support ? \***

Si vous proposez un parcours de soins, vous pouvez sélectionner plusieurs professionnel(le)s.

- |                                                                     |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistant(e) social(e)                     | <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) référent(e) sexologie              |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien(ne) dentiste                    | <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) référent(e) tabacologie            |
| <input type="checkbox"/> Diététicien(ne)                            | <input type="checkbox"/> Manipulateur(trice) en électroradiologie médicale |
| <input type="checkbox"/> Educateur(trice) sportif(tive)             | <input type="checkbox"/> Masseur(euse) kinésithérapeute                    |
| <input type="checkbox"/> Enseignant(e) en Activité Physique Adaptée | <input type="checkbox"/> Médecin                                           |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute                             | <input type="checkbox"/> Médecin addictologue                              |
| <input type="checkbox"/> Gériatre                                   | <input type="checkbox"/> Médecin anesthésiste réanimateur                  |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue                                | <input type="checkbox"/> Médecin de médecine physique et de réadaptation   |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère)                             | <input type="checkbox"/> Médecin du travail                                |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) en pratique avancée         | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste                               |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) référent(e) addictologie    |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) référent(e) douleur         |                                                                            |

- |                                                                                             |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin nutritionniste                                             | <input type="checkbox"/> Psychiatre              |
| <input type="checkbox"/> Médecin sexologue                                                  | <input type="checkbox"/> Psycho-oncologue        |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste de l'évaluation et du traitement de la douleur | <input type="checkbox"/> Psycho-sexologue        |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste des soins palliatifs et/ou de la douleur       | <input type="checkbox"/> Psychologue             |
| <input type="checkbox"/> Médecin tabacologue                                                | <input type="checkbox"/> Psychomotricien(ne)     |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologue                                                   | <input type="checkbox"/> Sage-femme, maïeuticien |
| <input type="checkbox"/> Neurologue                                                         | <input type="checkbox"/> Sexologue               |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste                                                      | <input type="checkbox"/> Stomathérapeute         |
| <input type="checkbox"/> Pédicure-podologue                                                 | <input type="checkbox"/> Urologue                |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien                                                         | <input type="checkbox"/> Autre                   |

**Quand se déroule le soin de support ? \***

- ☐ Pendant et après le traitement  
☐ Pendant le traitement  
☐ Après le traitement  
☐ Soins palliatifs

**Type de cancer(s) concerné(s)**

Si votre soin concerne une ou plusieurs localisations de cancer spécifique (exemple : cancer du sein), merci de le préciser dans le champ prévu à cet effet. Sinon, cochez « tout cancer »

- ☐ Tout cancer    ☐ Spécifique : .....

**Le soin de support est-il ouvert aux aidants ? \***

- ☐ Le soin est également ouvert aux proches et aux aidants sans conditions  
☐ Le soin n'est pas ouvert aux proches et aux aidants  
☐ Le soin est ouvert uniquement aux aidants

**Où se déroule le soin de support ? \***

- ☐ A domicile  
☐ Sur le lieu du soin de support  
☐ Sur le lieu du soin de support avec possibilité d'être à domicile

**Adresse et contact du soin**

**Structure / Etablissement porteur \*** : .....

**Adresse postale (si différente de la structure porteuse)** : .....

**Téléphone contact/prise de rdv \*** : .....

**Site/Page internet** : .....