

BILAN EDUCATIF : MALADIE CA

Intervenant :

Date :

Durée de l'entretien :

DONNEES ADMINISTRATIVES

Nom :

Sexe :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Age :

Mél :

N° Tél :

BT : oui non (VP / VSL...)

SITUATION FAMILIALE / PROFESSIONNELLE

Marié ou vie maritale

Divorcé

Célibataire

Veuf/veuve

Avez-vous des enfants : oui non combien
des petits-enfants :

Si oui, vivent-ils avec vous ? oui non

ALD oui non

Invalidité oui non

Quel est le type de votre habitation, y rencontrez vous des difficultés (aménagement, entretien...) :

maison

escalier

appartement

ascenseur

.....

Etes-vous en activité professionnelle : oui non

Si oui, préciser :

Si non, depuis quand :

Quelle était votre activité professionnelle ?

La maladie est-elle une conséquence de l'arrêt ?

Avez-vous des projets de reprise d'une activité professionnelle ?

PROFESSIONNELS DE SANTE

Médecins traitant :

Oncologue. hospitalier :

Infirmières de ville :

Pharmaciens :

Autres :

HISTOIRE DE LA MALADIE (racontée par le patient) :

CONNAISSANCES / REPRESENTATIONS

Pour vous qu'est ce que la maladie cancéreuse?
Que savez-vous de cette maladie (manifestations, facteurs aggravants, traitements...) :

Quelles sont selon vous les causes de votre maladie ?

Que diriez-vous de votre santé actuelle ?

Estimez-vous que votre maladie est actuellement :

légère modérée grave ?

Comment se manifeste votre maladie ?

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nausées Vomissements | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> fatigue |
| <input type="checkbox"/> douleurs | <input type="checkbox"/> Ulcères de la bouche | |
| <input type="checkbox"/> réveil nocturne | <input type="checkbox"/> déformations | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Quelles sont les zones touchées par la maladie ?

A votre avis, quelles sont les facteurs pouvant aggraver votre maladie?

Comment voyez-vous l'évolution de votre maladie à moyen et long terme?

TRAITEMENTS

Quels traitements prenez-vous actuellement pour votre maladie ? Depuis quand ? (traitement de fond / symptomatique...)

Quels effets positifs attribuez-vous à ces médicaments ?

Pensez-vous que votre traitement a des effets indésirables ?
Si oui lesquels, pour quel(s) médicament(s) ?

Avez-vous des difficultés ou des réticences à prendre certains traitements, si oui, expliquer :

Avez-vous des craintes ou des peurs par rapport à ces traitements ?

Avez-vous parfois recours à d'autres modes de traitements :

kinésithérapie :

homéopathie :

podologue:

autres :

Avez-vous eu des périodes d'interruption de votre traitement ?

oui non

si oui pourquoi,

Si injection sous-cutanée, faites-vous l'injection vous-même ?
Seriez-vous prêt à la faire ?

VECU ET QUALITE DE VIE

Quelles étaient vos activités avant la maladie, lesquelles pratiquez-vous actuellement ?

	<i>Avant</i>	<i>Actuellement</i>
Activités sportives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bricolage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Danse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinéma/théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lecture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La maladie a-t-elle eu des conséquences sur ces activités (modifications, renoncement...) ? si oui, expliquez :

La maladie a-t-elle eu des conséquences (modifications, renoncement...) sur :

Votre vie familiale ? Comment votre entourage perçoit-il ce problème ?
Pouvez-vous solliciter son aide en cas de besoin ?

Votre vie conjugale :

Votre vie sociale :

Sur l'image de vous-même :

Votre alimentation :

Bénéficiez-vous déjà d'une aide (aide humaine, aménagement du domicile, recours à une assistante sociale, podologue, aide technique...)

De façon globale, le fait d'avoir une maladie chronique est-elle pour vous une source d'inquiétude ? Expliquer :

ACTIVITE PHYSIQUE

Comment estimez-vous votre activité physique avant le début de votre maladie ?

J'étais très actif

J'étais plutôt actif

J'étais plutôt sédentaire

J'étais très sédentaire

Que faisiez-vous avant, que faites-vous maintenant ?

Quelles activités physiques que vous jugez plus adaptées, souhaiteriez-vous pratiquer ? Pensez-vous pouvoir les mettre en place ?

PROJETS

Avez-vous des projets à court ou moyen terme ?

Personnel :

Professionnels :

Par rapport à la maladie :

Si oui, comment pensez-vous y parvenir ?

Que souhaitez-vous trouver en priorité dans ce programme d'ETP ?

Bien connaître ma maladie et les moyens d'atténuer les symptômes

Bien comprendre mes traitements (chimiothérapie)

prévenir et traiter les évènements indésirables

connaître mes droits sociaux et les aides auxquels j'ai droit

comment gérer les crises

comment en parler à mes proches

comment bien me nourrir

quelles activités sportives sont adaptées

comment construire mon projet de vie (image de soi, l'avenir...)

SYNTHESE

(principales difficultés, points forts, priorités...)

CONTRAT EDUCATIF (OBJECTIFS EDUCATIFS)