

# Programme Personnalisé d'Education Thérapeutique du Patient

Nom du patient : ..... Prénom : .....

Nom du médecin : ..... Date : .....

A l'issue de la RCP, les Educateurs vous proposent un Programme Personnalisé d'Education Thérapeutique du Patient (PPETP). Cette proposition se veut une « feuille de route », qui indique en termes compréhensibles votre contrat éducatif (séances ou ateliers éducatifs...). Il vous est rappelé que ce programme est un plan théorique que les éducateurs sont susceptibles de modifier avec votre accord.

## Diagnostic Educatif établi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Traitement envisagé

- Chimiothérapie   
  Radiothérapie   
  Radiochimiothérapie simultanée   
  Chirurgie  
 Immunothérapie   
  Hormonothérapie   
  Radiologie interventionnelle   
  Autre

## Description succincte du programme proposé

**Mieux vivre la chimiothérapie** (comprendre ma maladie, mes médicaments, mes résultats d'analyse et ma surveillance; comment lutter contre la fatigue, prévenir et soulager la douleur...);...

.....

.....

.....

**Cancer, le regard des autres** (recevoir un soutien psychologique; dialoguer avec l'équipe soignante; mes proches et moi; que faire en cas de problème).....

.....

.....

.....

.....

**Cancer, prendre soin de soi** (activité physique adaptée; bien manger; préserver son image corporelle, la sexualité, l'art-thérapie, médecines douces ou complémentaires...);.....

.....

.....

.....

**Cancer et démarches sociales** (se repérer dans les aides sociales);

.....





## Répertoire des professionnels

Notez ou faites noter ici les coordonnées des professionnels intervenant dans votre prise en charge.

### Structure d'hospitalisation (hôpital/clinique/CLCC)

Service : ..... Téléphone : .....

Cadre infirmier : ..... Téléphone : .....

Service : ..... Téléphone : .....

Cadre infirmier : ..... Téléphone : .....

Reportez-vous au livret d'accueil de votre établissement.

### Numéro de garde

pour les appels de nuit : .....

### Professionnels

intervenant dans votre prise en charge :

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Médecin(s) spécialiste(s) : ..... Téléphone : .....

Médecin(s) spécialiste(s) : ..... Téléphone : .....

Cabinet d'imagerie médicale : ..... Téléphone : .....

Laboratoire d'analyses : ..... Téléphone : .....

Pharmacien : ..... Téléphone : .....

Infirmière à domicile : ..... Téléphone : .....

Kinésithérapeute : ..... Téléphone : .....

Ambulancier : ..... Téléphone : .....

Assistante sociale : ..... Téléphone : .....

Psychologue : ..... Téléphone : .....

Diététicien : ..... Téléphone : .....

Aide à domicile ..... Téléphone : .....

Aide à domicile ..... Téléphone : .....

Autre : ..... Téléphone : .....

Autre : ..... Téléphone : .....

Autre : ..... Téléphone : .....

## *Fiche d'auto-observation du patient*

Votre fiche est destinée à vous permettre de noter vous-même vos observations sur votre traitement (réaction au traitement, effets secondaires indésirables, question à destination des professionnels de santé).

**Vous pouvez noter ci-après vos observations et vos questions.**

Date	Mes observations - Mes questions Je note ici mon ressenti (fatigue, insomnie, douleur, nausée, ...) et les questions que je souhaite poser à mon médecin.

## *Fiche de transmissions médicales et paramédicales*

Cette fiche est destinée à permettre le suivi entre les professionnels de santé au cours de la réalisation du traitement.

Nom : ..... Prénom : .....

Date	Nom et fonction en caractères lisibles	Informations à transmettre

### Evaluation de la douleur

Dates	Echelle comportementale	Echelle visuelle analogique	Echelle verbale

### Echelle visuelle analogique

Evaluation faite par le patient à l'aide de la règlette de 1 à 10

### Echelle comportementale

10- Position fœtale 09- Refus d'alimentation 08- Insomnie 07- Cris, pleurs, gémissements 06- Agitation	05- Agressivité 04- Protection de la zone sensible 03- Absence de communication 02- Grimaces 01- Visage crispé
--	--

### Echelle verbale

Douleur exprimée par le patient	
0- Pas de douleur	3- Douleur intense
1- Douleur faible	4- Douleur extrêmement intense
2- Douleur modérée	