

Check-list d'inquiétudes - identifier vos inquiétudes

Nom/étiquette du/de la patient(e)

Intervenant(e) :

Date :

Numéro de contact :

Cette autoévaluation est facultative. Cependant, elle nous permettra de mieux comprendre les inquiétudes et questions que vous pouvez avoir. Elle nous permettra également d'identifier les renseignements et le soutien dont vous pourriez avoir besoin.

Si l'un des problèmes énoncés a récemment été source d'inquiétudes, et que vous souhaitez en discuter avec un intervenant, veuillez noter les inquiétudes de 1 à 10, 10 correspondant à la plus grande inquiétude. Laissez la case vierge si vous n'êtes pas concerné(e), ou si vous ne souhaitez pas en discuter pour le moment.

À remplir par l'intervenant(e)

- Copie donnée au patient
- Copie à envoyer au médecin

Inquiétudes physiques

- Troubles respiratoires
- Difficulté à uriner
- Constipation
- Diarrhée
- Ingestion, appétit ou goût
- Indigestion
- Déglutition
- Toux
- Douleur ou sècheresse buccale, ou ulcères
- Nausée ou vomissements
- Fatigue, épuisement ou lassitude
- Gonflement
- Température élevée ou fièvre
- Difficulté à me déplacer (en marchant)
- Picotements dans les mains ou les pieds
- Douleur ou gêne
- Bouffées de chaleur ou sueurs
- Sècheresse cutanée démangeaisons ou peau sensible
- Changements de poids
- Soins des plaies
- Mémoire ou concentration
- Troubles de la vue ou de l'ouïe
- Problèmes d'élocution ou vocaux
- Mon apparence
- Troubles du sommeil

J'ai des questions au sujet de mon diagnostic, mon traitement ou des effets

Sexualité, intimité ou fertilité

Autres conditions médicales

Inquiétudes pratiques

- Prendre soin d'autres personnes
 - Travail ou éducation
 - Argent ou finances
 - Voyages
 - Logement
 - Déplacement ou parking
 - Élocution ou facilité à me faire comprendre
 - Lessive ou tâches ménagères
 - Faire les courses
 - Me laver et m'habiller
 - Préparation des repas ou de boissons
 - Animaux de compagnie
 - Difficultés à élaborer des plans
 - Désaccoutumance au tabac
 - Problèmes avec l'alcool ou des drogues
 - Mes médicaments
- ### Inquiétudes émotionnelles
- Incertitude
 - Perte d'intérêt dans mes activités
 - Impossibilité d'exprimer mes sentiments
 - Penser au futur
 - Regrets passés
 - Colère ou frustration

Solitude ou isolement

Tristesse ou dépression

Désespoir

Culpabilité

Soucis, peur ou anxiété

Indépendance

Inquiétudes familiales ou relationnelles

Conjoint(e)

Enfants

Autres proches ou amis

La personne qui s'occupe de moi

La personne que j'occupe

Inquiétudes spirituelles

Foi ou spiritualité

Sens de la vie/but dans la vie

Me sentir en accord avec ma culture, mes croyances ou mes valeurs

Renseignements ou soutien

Exercice et activité

Régime et nutrition

Thérapies complémentaires

Planification de mes priorités futures

Rédaction d'un testament ou obtention de conseils juridiques

Santé et bien-être

Groupe de soutien au/a la patiente(e) ou à l'aidant(e)

Gestion de mes symptômes

Protection solaire

2e partie-PCI (tête et cou)

Le Patient Concerns Inventory (PCI) pour le cancer de la tête et du cou a été mis au point par le Professeur Simon N. Rogers du Aintree University Hospital NHS Foundation Trust et l'Université Edge Hill.

Si l'un des problèmes ci-dessous vous a récemment inquiété(e), veuillez le sélectionner.

Tête et cou

- Santé dentaire, dents
- Tube de gastrotomie
- Ouverture de la bouche
- Mucus
- Douleurs dans la tête et le cou
- Régurgitation
- Salivation
- Épaule
- Odorat
- Personnalité et tempérament
- Regrets à propos du traitement
- Confiance en soi