

KPC_24_A_053

**Projet de prise en charge spécifique du patient cancéreux âgé
(y compris la concertation oncogériatrique, les interventions
gériatriques, leur implémentation et leur suivi au domicile) :**

PARTIE 1

Numéro du dossier : ____ (idem KPC_24_A_025)

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

1. Données concernant le dépistage et l'évaluation gériatrique

1.1. Administration

1.1.1. Identification du patient via

- Appel du cancérologue
- Appel de la CSO
- Présentation en CMO d'organe
- Repérage dans l'agenda des consultations
- Autre :

1.1.2. Localisation du patient :

- Hospitalisé à l'unité :
- Ambulatoire, localisation consultation :

1.1.3. Consentement informé

Consentement :

- Complété (C)
- Non pertinent (NR)
- Refus (R)

Date de l'obtention du consentement: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

- du sujet
- du mandataire

1.1.4. Dépistage Gériatrique: G8 + données sociales

Date du G8: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

1.1.5. G8 réalisé par :

- ICOG
- Cancérologue
- CSO
- Autre :

1.1.6. Evaluation Gériatrique

Date de l'évaluation: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

1.2. Données à recueillir lors de l'évaluation gériatrique

1.2.1. G8

	Items	Réponses possibles	Score
A	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 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation	.....
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	.....
C	Motricité	0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	.....
D	Problèmes neuropsychologiques	0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	.....
E	Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²)	0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	.....
F	Prend plus de 3 médicaments	0 = oui 1 = non	.....
G	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	.....
H	Age	0 = >85 1 = 80-85 2 = <80	.....
	Score total (0-17)		.....

1.2.2. Données sociales

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Coordonnées du patient	
<ul style="list-style-type: none"> • Nom et prénom • Adresse • N° de téléphone • E-mail 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Age • Date de naissance 	<p>..... ans</p> <p>□□□ / □□□ / □□□□□</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sexe 	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
<ul style="list-style-type: none"> • Etat civil 	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Cohabitation légal <input type="checkbox"/> Autre:.....
<ul style="list-style-type: none"> • Habitat 	<input type="checkbox"/> A domicile: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> avec un conjoint(e) <input type="checkbox"/> avec la famille <input type="checkbox"/> Résidence service <input type="checkbox"/> Maison de repos <input type="checkbox"/> Autre:.....
<ul style="list-style-type: none"> • Education 	<input type="checkbox"/> Analphabète <input type="checkbox"/> Scolarisé jusqu'à ans ; information spécifique : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Education primaire <input type="checkbox"/> Education secondaire <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation secondaire inférieur (jusqu' 15 ans) ○ Formation secondaire supérieur (jusqu'à 18 ans) <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur <input type="checkbox"/> Enseignement académique <input type="checkbox"/> Autres: <input type="checkbox"/> Profession :

Entourage familial	
<ul style="list-style-type: none"> Composition de la famille du patient 	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> ... Enfants : filles + fils <input type="checkbox"/> ... Petits – enfants <input type="checkbox"/> Autre(s) :
<ul style="list-style-type: none"> Personne de référence du patient 	<input type="checkbox"/> Le patient n'a pas de personne de référence <input type="checkbox"/> Le patient a une personne de référence Présente lors de l'EGS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Accord du patient pour la transmission d'informations sur sa santé à sa personne de référence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Coordonnées de la personne de référence : Nom et prénom : Lien avec le patient : Adresse : N° de téléphone : E-mail :
<ul style="list-style-type: none"> Facultatif : Coordonnées d'une autre personne présente 	<input type="checkbox"/> Aucune autre personne présente <input type="checkbox"/> Autre personne présente : Nom et prénom : Lien avec le patient : Adresse : N° de téléphone : E-mail.....
Concernant le médecin traitant	<input type="checkbox"/> Le patient n'a pas de médecin traitant <input type="checkbox"/> Le patient a un médecin traitant
<ul style="list-style-type: none"> Coordonnées du médecin traitant : 	Nom et prénom : Adresse : N° de téléphone : E-mail :

Les aidants du patient			
<ul style="list-style-type: none"> Les aidants naturels 	<input type="checkbox"/> Aucun aidant naturel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits-enfants <input type="checkbox"/> Autre(s) membre(s) de la famille : <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Voisins <input type="checkbox"/> Autre(s) :		
<ul style="list-style-type: none"> Les aidants professionnels 	<input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui : info spécifique	Fréquence/semaine	Date de début de l'aide
	<input type="checkbox"/> Infirmière à domicile		
	<input type="checkbox"/> Aide-familiale		
	<input type="checkbox"/> Repas livrés à domicile		
	<input type="checkbox"/> Aide-ménagère		
	<input type="checkbox"/> Autre(s) :.....		
	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		
	<input type="checkbox"/> Psychologue		
<input type="checkbox"/> Assistante sociale			
Dispositions prises pour la sécurité du patient	<input type="checkbox"/> Télévigilance <input type="checkbox"/> Administration des biens <input type="checkbox"/> Interdiction de conduire		

1.2.3. ADL

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Critère	Score	1	2	3	4
SE LAVER	est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER	est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
SE DEPLACER	est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
AIDE A LA TOILETTE	est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE	est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER	est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
Score total (6-24)		.....		

1.2.4. IADL

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

	Score
<p>Aptitude à utiliser le téléphone</p> <p><input type="checkbox"/> Se sert du téléphone de sa propre initiative (cherche les numéros, les choisit, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne choisit que certains numéros</p> <p><input type="checkbox"/> décroche le téléphone, mais n'appelle pas lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Ne peut utiliser le téléphone</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Faire les courses</p> <p><input type="checkbox"/> Fait toutes les courses lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Fait les courses lui-même pour les petits achats</p> <p><input type="checkbox"/> A besoin d'accompagnement pour toutes les courses</p> <p><input type="checkbox"/> Totalement incapable de faire les courses</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>Préparation des aliments</p> <p><input type="checkbox"/> Planifie, prépare et sert des repas équilibrés de manière indépendante</p> <p><input type="checkbox"/> Prépare des repas équilibrés s'il dispose des ingrédients</p> <p><input type="checkbox"/> Réchauffe des repas préparés et les sert ou prépare des repas mais n'assure pas une alimentation suffisamment équilibrée</p> <p><input type="checkbox"/> Les repas doivent lui être préparés et servis</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>Ménage</p> <p><input type="checkbox"/> S'occupe seul du ménage ou le fait avec une aide occasionnelle (par exemple, pour les travaux ménagers lourds)</p> <p><input type="checkbox"/> Exécute des tâches quotidiennes légères (fait la vaisselle, refait les lits...)</p> <p><input type="checkbox"/> Exécute des tâches journalières mais superficiellement</p> <p><input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour toutes les tâches ménagères</p> <p><input type="checkbox"/> Ne participe absolument pas aux tâches ménagères</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>

	Score
<p>Lessive</p> <p><input type="checkbox"/> Fait la lessive lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Lave le petit linge, les chaussettes, les bas, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> La lessive doit être réalisée par une tierce personne</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Transport</p> <p><input type="checkbox"/> Voyage seul en utilisant les transports en commun ou utilise sa propre voiture</p> <p><input type="checkbox"/> Organise lui-même ses déplacements avec un taxi, mais n'utilise pas les transports en commun</p> <p><input type="checkbox"/> Utilise les transports en commun, s'il est aidé ou accompagné</p> <p><input type="checkbox"/> Les déplacements reposent sur le recours au taxi ou à la voiture, mais seulement avec l'aide de quelqu'un</p> <p><input type="checkbox"/> Ne se déplace absolument pas</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>Gestion thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Assure la préparation et la prise des médicaments à la dose correcte et aux heures appropriées</p> <p><input type="checkbox"/> Gère la prise des médicaments si ceux-ci ont été préalablement préparés</p> <p><input type="checkbox"/> Est incapable de préparer et prendre seul ses médicaments</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>Capacité de gérer ses finances</p> <p><input type="checkbox"/> Règle lui-même de manière autonome ses affaires financières (budget, établissement de chèques, paiement du loyer et des factures, aller à la banque), contrôle ses revenus,</p> <p><input type="checkbox"/> Assure les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations bancaires, les achats importants</p> <p><input type="checkbox"/> Incapable de gérer les affaires financières</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Score total (0-8)</p>	<p>.....</p>
<p>Score total femme (0-8)</p> <p>Score total homme (0-5) (sans item préparation des aliments / ménage / lessive)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>

1.2.5. Chutes

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> Etes-vous tombé dans l'année qui vient de s'écouler? <p>SI OUI: Combien de fois:.....</p>	OUI	NON
--	------------	------------

<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous présenté des lésions à la suite de ces chutes (pour l'année écoulée)? <p>SI OUI: Quelles sont ces lésions?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lésions mineures Définition: égratignures, coups, blessures superficielles ne nécessitant pas d'attention médicale <input type="checkbox"/> Lésions majeures Définition: entorse, lésion sévère à la tête, déformation et déboitement d'articulation, contusion, lacération, perte de connaissance et fracture 	OUI	NON
--	------------	------------

<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous peur de tomber? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours
--

1.2.6. Timed up and go

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

DUREE : secondes
---------	----------------

1.2.7. Douleur

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

SCORE (0-10)/10
--------------	----------

1.2.8. Fatigue

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

SCORE (0-10)/10
--------------	----------

1.2.9. Indicateurs de qualité de vie :

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

- Habituellement, dormez-vous bien ?
 - Oui
 - Non
 - Si non, pourquoi ?.....
 -
 -
- Avez-vous des difficultés de vue ? (si lunettes : demander si le patient voit bien lorsqu'il porte ses lunettes)
 - Oui
 - Non
- Avez-vous des difficultés d'audition ? (si appareils auditifs : demander si le patient entend bien avec ses appareils)
 - Oui
 - Non
- Présentez-vous une plaie chronique ?

1.2.10. MMSE

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Orientation:

	Score maximum	Score
En quelle année sommes-nous?	1	
En quelle saison sommes-nous?	1	
Quel mois sommes-nous?	1	
Quel jour de la semaine sommes-nous?	1	
Le quantième sommes-nous?	1	
Dans quel pays sommes-nous?	1	
Dans quelle province sommes-nous?	1	
Dans quel(le) ville / village sommes-nous?	1	
Quel est le nom de cet hôpital?	1	
A quel étage sommes-nous?	1	

Apprentissage:

Je vais vous citer trois mots, lorsque j'aurai terminé, vous devrez les répéter. Lisez les mots à raison de 1 mot / seconde. Faites-les répéter et notez chaque mot correct.	3	.....
CITRON ... CLE ... BALLON	Comptez et notez le nombre d'essais	.....

Concentration:

Voudriez-vous soustraire 7 de 100? Du résultat vous soustrayez chaque fois 7 jusqu'à ce que je vous dise "stop". Comptez 1 point par soustraction exacte. (93 86 79 72 65) 	5	.....
Voulez-vous épeler le mot « MONDE » à l'envers ? E D N O M	5	.....
	Score le plus élevé:	.....

Mémoire:

Quels étaient les trois mots que vous deviez retenir? (citron, clé, ballon)	3	
--	---	--

Le langage:

	Maximum score	Score
Montrez une montre. Quel est le nom de cet objet?	1	
Montrez un crayon. Quel est le nom de cet objet?	1	
Ecoutez bien et répétez après moi: "pas de mais, de si ni de et"	1	
Prenez ce papier de la main droite (prend papier : 1 point), pliez-le en deux (plie papier: 1 point) et posez-le sur vos genoux (dépose papier: 1 point)	3	
Montrez la feuille de papier sur laquelle est écrit: "Fermez les yeux" Faites ce qui est écrit sur ce papier.	1	
Ecrivez une phrase.	1	
Pouvez-vous recopier cette figure?	1	

Score total (0-30)
---------------------------	-------

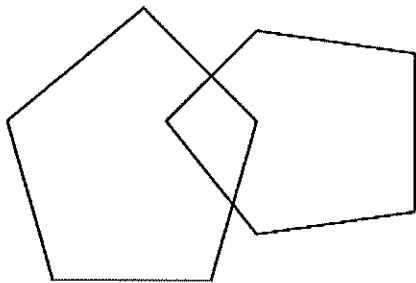
Remarques:

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

Fermez les yeux

ECRIVEZ UNE PHRASE

POUVEZ-VOUS RECOPIER CETTE FIGURE?



1.2.11. GDS-15

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

	OUI	NON
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie		
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?		
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?		
4. Vous ennuyez-vous souvent ?		
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?		
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?		
7. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?		
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?		
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?		
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?		
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?		
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?		
13. Avez-vous beaucoup d'énergie?		
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?		
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?		
Score total GDS-15 (0-15)	

1.2.12. MNA-SF

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Taillecm	Poidskg
--------	---------	-------	---------

	Items	Réponses possibles	Score
A	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 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation	.....
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	.....
C	Motricité	0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	.....
D	Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?	0 = oui 2 = non	.....
E	Problèmes neuropsychologiques	0 = démence ou dépression sévère 1 = démence modérée 2 = pas de problème psychologique	.....
F1	Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²)	0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	.....
SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2. MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.			
F2	Circonférence du mollet (CM) en cm	0 = CM <31 3 = CM ≥ 31	
	Score total MNA-SF (0-14)		.....

1.2.13. Zarit-12

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

(à faire remplir par la personne de référence du patient lorsque le patient remplit le MMSE ou le GDS-15)

Questions	Possibilités de réponse
1. Avez-vous l'impression que vous n'avez pas assez de temps pour vous à cause du temps que vous passez auprès de votre parent (e) ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
2. Vous sentez-vous stressé(e) car vous devez à la fois prendre soin de votre parent(e) et essayer de faire face à d'autres responsabilités familiales ou professionnelles ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
3. Ressentez-vous de la colère vis-à-vis de votre parent(e) quand vous êtes avec lui/elle ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
4. Avez-vous l'impression que votre parent(e) perturbe actuellement vos relations avec d'autres membres de la famille ou avec des amis ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
5. Vous sentez-vous stressé(e) quand vous êtes avec votre parent(e) ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
6. Avez-vous l'impression que votre santé s'est dégradée parce que vous prenez soin de votre parent(e) ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours

7. Avez-vous l'impression de ne pas avoir autant de temps	0. Jamais
---	-----------

pour vous et vos proches que vous le souhaiteriez à cause de votre parent(e) ?	1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
8. Avez-vous l'impression que votre vie sociale s'est dégradée parce que vous prenez soin de votre parent(e) ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
9. Avez-vous l'impression d'avoir perdu le contrôle de votre vie depuis que vous prenez soin de votre parent(e) ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
10. Avez-vous l'impression de manquer d'assurance par rapport à ce qu'il faut faire pour votre parent(e) ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
11. Avez-vous l'impression que vous devriez en faire plus pour votre parent(e) ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours
12. Avez-vous l'impression que vous pourriez mieux prendre soin de votre parent(e) ?	0. Jamais 1. Rarement 2. Parfois 3. Assez souvent 4. Presque toujours

1.2.14. Section de conseils

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Date des conseils donnés: | | | / | | | / | | | | |

<p>1. Est-ce-que des problèmes ont été détectés après l'évaluation gériatrique? Si oui, passez au point 2 / 3 / 4. Si non, passez à la page 17.</p>	NON	OUI
<p>2. Y-a-t'il des conseils spécifiques prévus pour ces problèmes?</p>	NON	OUI
<p>3. Combien de conseils <i>différents</i> ont été donnés?</p>	.....
<p>4. Entourez dans le tableau le(s) conseil(s) (cfr. liste intervenants) qui sont donnés basées sur les résultats de l'évaluation gériatrique. Pour chaque problème ils sont trois possibilités prévus pour définir les intervenants (colonne A – B – C).</p>		

Tableau:

Problèmes détectés	Conseils: intervenants		
	A	B	C
Social			
ADL / IADL			
Chutes			
Douleur			
Fatigue			
Cognition			
Dépression			
Nutrition			
Autre:			

Liste: intervenants:

1. Consultation gériatre
2. Participation de liaison interne
3. Participation de l'assistante social
4. Participation de l'ergothérapeute
5. Participation du physiothérapeute
6. Transfert pour la clinique de chutes
7. Participation du geronto-psychiatre
8. Participation du psychologue
9. Transfert pour la clinique de la mémoire
10. Transfert pour l'hôpital de jour gériatrique
11. Participation du diététicien
12. Consultation autre médecin: spécifique:
13. Autre, spécifique:
14. Autre, spécifique:
15. Autre, spécifique:

Remarques générales:

.....

.....

.....

1.2.15. Charlson Index de Comorbidités

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Comorbidités	Présence	Points
1. Infarctus du myocarde		1
2. Insuffisance cardiaque congestive		1
3. Maladie vasculaire périphérique		1
4. Accident vasculaire cérébral (sauf hémiplegie)		1
5. Démence		1
6. Maladie pulmonaire chronique		1
7. Connectivite		1
8. Ulcères oeso-gastro-duodénaux		1
9. Maladie hépatique légère		1
10. Diabète (sans complications)		1
11. Diabète avec atteinte d'organe cible		2
12. Hémiplegie		2
13. Maladie rénale modérée ou sévère		2
14. Autre tumeur solide (non métastatique)		2
15. Leucémie		2
16. Lymphome, myélome multiple		2
17. Maladie hépatique modérée ou sévère 3		3
18. Autre tumeur métastasée		6
19. SIDA		6
Score total (0-37)	

1.2.16. Liste des médicaments du patient :

	Médicaments	Doses	Fréquence
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

<p>- Nombre de médicaments administré au patient au cours de la semaine précédant le screening / évaluation gériatrique.</p>	<p>.....</p>
--	--------------

*uniquement les médicaments repris sur le site (www.bcfi.be)

1.2.17. ECOG-PS

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

	Capable d'avoir une activité normale sans restriction	0
	Activité physique légèrement réduite, mais ambulatoire et capable de gérer des activités ménagères légères	1
	Ambulatoire, indépendant, mais incapable de travailler Reste debout plus de 50% de la journée	2
	Capable de satisfaire ses propres besoins Passe plus de 50% de la journée au lit ou en chaise	3
	Invalide Ne peut plus satisfaire seul ses propres besoins Au lit ou au fauteuil toute la journée	4
	Mort	5

1.2.18. Temps

- Temps passé par l'ICOG à réexpliquer des informations en rapport avec la pathologie ou le traitement du patient : environ minutes
- Temps passé par l'ICOG à faire l'EGS : environ minutes

1.3. Données à recueillir dans le dossier médical du patient

1.3.1. Anamnèse oncologique

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Date du diagnostic	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Diagnostic: général	<input type="checkbox"/> Carcinoma <input type="checkbox"/> Hémopathies malignes
Diagnostic: spécifiquement	<input type="checkbox"/> Nouveau diagnostic <input type="checkbox"/> Progressive <input type="checkbox"/> Recidive
Diagnostic: carcinoma	<input type="checkbox"/> Cancer du sein (BREAST) <input type="checkbox"/> Système nerveux central (CENTRAL NERVOUS SYSTEM) <input type="checkbox"/> Cerveaux et la moelle épinière (brain and spinal cord) <input type="checkbox"/> Système digestif (DIGESTIVE SYSTEM) <input type="checkbox"/> Oesophage (esophagus) <input type="checkbox"/> L'estomac (stomach) <input type="checkbox"/> Colorectal (colon and rectum) <input type="checkbox"/> Neuroendocrines (neuroendocrine tumors) <input type="checkbox"/> Foie (liver) <input type="checkbox"/> Bile (bile (duct)) <input type="checkbox"/> Pancréas (pancreas) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Urogénital (GENITOURINARY SITES) <input type="checkbox"/> Prostate (prostate) <input type="checkbox"/> Rein (kidney) <input type="checkbox"/> Vessie (urinary bladder) <input type="checkbox"/> Glande surrénale (adrenal) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Gynécologie (GYNECOLOGIC SITES) <input type="checkbox"/> Col de l'utérus (cervix uteri) <input type="checkbox"/> Utérus – endometrium (corpus uteri) <input type="checkbox"/> Ovaire et primaire péritonéalé carcinome (ovary and primary peritoneal carcinoma) <input type="checkbox"/> Autre

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tête et cou (HEAD AND NECK) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde de la tête et du cou <input type="checkbox"/> Thyroïde (thyroid) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Tumeurs des tissus mous (MUSCULOSKELETAL SITES) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Os (bone) <input type="checkbox"/> Sarcome des tissus mous (soft tissue sarcoma) <input type="checkbox"/> Ophtalmologie (OPHTHALMIC SITES) <input type="checkbox"/> Peau (SKIN) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde cutané et autre carcinome cutané (cutaneous squamous cell carcinoma and other cutaneous carcinoma) <input type="checkbox"/> Carcinome à cellules de la Merkel (Merkel cell carcinoma) <input type="checkbox"/> Mélanome malin (melanoma of the skin) <input type="checkbox"/> Thorax (THORAX) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poumon (lung) <input type="checkbox"/> Mésothéliome pleural (pleural mesothelioma) <input type="checkbox"/> Origine inconnue primaire (CANCER OF UNKNOWN PRIMARY ORIGIN – CUP)
Carcinoma: staging	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV

Diagnostic: hémopathies malignes	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NHL (Non Hodgkin Lymphoma) <input type="checkbox"/> HL (Hodgkin Lymphoma) <input type="checkbox"/> AML (Acute Myeloid Leukemia) <input type="checkbox"/> CML (Chronic Myeloid Leukemia) <input type="checkbox"/> ALL (Acute Lymphocytic Leukemia) <input type="checkbox"/> CLL (Chronic Lymphocytic Leukemia) <input type="checkbox"/> M. Kahler <input type="checkbox"/> Autres:
---	---

COM		
	NON	OUI
1. Y a-t-il un COM avant qu'une décision thérapeutique a été prise en consultation avec le patient / mandataire? Si oui, passez au point 2 / 3 / 4.		
2. Est-ce que les résultats et les conseils de l'évaluation gériatrique sont mentionnés dans le rapport de la COM ?		
3. Y avait-il un gériatre présent à la COM?		
4. Y avait-il un autre professionnel de l'équipe oncogériatrique présent à la COM?		

DECISION THERAPEUTIQUE				
	NON	OUI		SETTING
Chirurgie				<input type="checkbox"/> Curative <input type="checkbox"/> Palliative <input type="checkbox"/> NR
Chimiothérapie			Laquelle:.....	<input type="checkbox"/> Curative <input type="checkbox"/> Néo-adjuvante <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Palliative <input type="checkbox"/> NR
Radiothérapie				<input type="checkbox"/> Curative <input type="checkbox"/> Néo-adjuvante <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Palliative <input type="checkbox"/> NR
Hormonothérapie				<input type="checkbox"/> Néo-adjuvante <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Palliative <input type="checkbox"/> NR
Autre			Laquelle:.....	<input type="checkbox"/> Curative <input type="checkbox"/> Néo-adjuvante <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Palliative <input type="checkbox"/> NR

1.3.2. Valeurs biologiques

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Date du prélèvement: []/[]/[]

		Valeur	Unités (H.E)
Hémoglobine	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> g/l <input type="checkbox"/> mmol/l <input type="checkbox"/> Autre:
Créatinine sérique	<input type="checkbox"/> M		
Protéine C-reactive (CRP)	<input type="checkbox"/> M		
Albumine	<input type="checkbox"/> M		

Confirmation

Je confirme que j'ai suivi le protocole d'étude et que les données sont correctement enregistrées selon les directives fournies.

Date: []/[]/[]

Nom:

Signature:

gériatriques, leur implémentation et leur suivi au domicile)

PARTIE 2

Numéro du dossier : _____ (idem KPC_24_A_025)

Date : __ / __ / 201 __

2. Données concernant la CMOG

2.1. Date de la CMOG : __ / __ / 201 __

2.2. Personnes présentes :

- Cancérologue référent pour l'oncogériatrie
- Gériatre référent pour l'oncogériatrie
- ICOG
- Cancérologue traitant
- Médecin traitant
- CSO
- Autre :

2.3. Rédaction du rapport de CMOG (voir canevas):

- Oui
- Non
- Si non, pourquoi ?
-

2.4. Traitement oncologique proposé par la COM en date du __ / __ / 201 __ :

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

2.5. Plan de soin oncogériatrique

2.5.1. Avis de la CMOG concernant le traitement oncologique du patient

- Confirmation du traitement oncologique proposé par la COM
- Adaptation recommandée du traitement oncologique proposé par la COM
(détails : voir rapport de CMOG)

2.5.2. Interventions gériatriques

Problèmes détectés	N° intervenants			N° interventions			N° intervenants			N° interventions			N° intervenants			N° interventions		
Social																		
ADL / IADL																		
Chutes																		
Douleur																		
Fatigue																		
Cognition																		
Dépression																		
Nutrition																		
Autre:																		
Autre:																		
Autre:																		

Liste des intervenants:

1. Consultation gériatre
2. Participation de liaison interne
3. Participation de l'assistante social
4. Participation de l'ergothérapeute
5. Participation du physiothérapeute
6. Transfert pour la clinique de chutes
7. Participation du geronto-psychiatre
8. Participation du psychologue
9. Transfert pour la clinique de la mémoire
10. Transfert pour l'hôpital de jour gériatrique
11. Participation du diététicien
12. Consultation autre médecin: spécifique:
.....
13. Autre, spécifique:
.....
14. Autre, spécifique:
.....
15. Autre, spécifique:
.....

Liste des interventions gériatriques :

1. Changement de lieu de vie : MRS
2. Changement de lieu de vie : Résidence service
3. Changement de lieu de vie : autre :.....
4. Majoration des aides à domicile : infirmière
5. Majoration des aides à domicile : Aide-familiale
6. Majoration des aides à domicile : Repas livrés
7. Majoration des aides à domicile : aide-ménagère
8. Majoration des aides à domicile : garde-malade
9. Majoration des aides à domicile :
autre :.....
10. Planification séjour de revalidation
11. Adaptation environnement
12. Aides techniques
13. Séances de kinésithérapie
14. Séances d'ergothérapie
15. Conseils incontinence
16. Bilan de chutes
17. Prévention orthostatisme
18. Adaptation du traitement médicamenteux
19. Suivi psychologique
20. Bilan cognitif
21. Conseils prévention délirium
22. Conseils diététiques
23. Suppléments nutritionnels
24. Conseils pour le sommeil
25. Conseils pour soins de plaie
26. Soins de plaie par infirmière
27. Bilan visuel
28. Bilan auditif
29. Autre :.....
30. Autre :.....
31. Autre :.....
32. Autre :.....

KPC_24_A_053

**Projet de prise en charge spécifique du patient cancéreux âgé
(y compris la concertation oncogériatrique, les interventions
gériatriques, leur implémentation et leur suivi au domicile) :**

PARTIE 3

Numéro du dossier : ____ (idem KPC_24_A_025)

Date : __ / __ / 201 __

**3. Données concernant l'implémentation active des interventions
et le suivi à 2-4 semaines de la CMOG**

3.1. Données concernant l'implémentation active des interventions

**3.1.1. Contact avec le cancérologue traitant pour communication du rapport de
la CMOG :**

Oui

Si oui, par qui ?

- ICOG
- Oncologue référent pour l'oncogériatrie
- Gériatre référent pour l'oncogériatrie
- Autre :

Moyen utilisé

- E-mail
- Téléphone
- De vive voix
- Autre :

Non

Si non, pourquoi ? :

Commentaires :

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

3.1.2. Contact avec le médecin traitant pour communication du rapport de la CMOG :

Oui

Si oui, par qui ?

- ICOG
- Cancérologue traitant
- Oncologue référent pour l'oncogériatrie
- Gériatre référent pour l'oncogériatrie
- Autre :

Moyen utilisé

- E-mail
- Téléphone
- Autre :

Non

Si non, pourquoi ? :

Commentaires :

.....

.....

.....

3.1.3. Intervenants contactés en vue de l'implémentation des interventions conseillées :

Intervenants	Date	Moyens de communication			
		E-mail	Téléphone	DMI	De vive voix
Gériatre					
HJG					
G de L					
Psychologue					
Diététicienne					
Kinésithérapeute					
Ergothérapeute					
Assistante sociale					
Médecin traitant					
Autre :.....					

Commentaires :.....

3.1.4. Rendez-vous du patient :

Type de RDV	Date et heure	Lieu
Gériatre		
HJG		
G de L		
Psychologue		
Diététicienne		
Kinésithérapeute		
Ergothérapeute		
Assistante sociale		
Médecin traitant		
Autre.....		

3.1.5. Communication des rendez-vous au patient :

- Date : __ / __ / 201 __
- Par qui ?
 - ICOG
 - CSO
 - Autre :
- A qui ?
 - Patient lui-même
 - Personne de référence
 - Autre :
 - ?

Commentaires :

.....

.....

.....

3.2. Données concernant le suivi à 2-4 semaines de la CMOG

3.2.1. Données à recueillir par téléphone auprès du patient ou de sa personne de référence

Date du suivi : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

<p>1. Y-a-t'il des conseils donnés après l'évaluation gériatrique pour exécuter des interventions gériatriques spécifiques? Si oui, passez au point 2 / 3 / 4.</p>	NON	OUI
<p>2. Y-a-t'il des conseils donnés, des conseils qui ont effectivement été suivis (= intervenants / intervention)?</p>	NON	OUI
<p>3. Combien de conseils <i>différents</i> ont été exécutés?</p>	.....
<p>4. Si oui, spécifiez dans le tableau (légende liste A (intervenants) et liste B (interventions) prévu à la page suivante)</p>		

Liste des intervenants:

1. Consultation gériatre
2. Participation de la liaison interne
3. Participation de l'assistante social
4. Participation de l'ergothérapeute
5. Participation du physiothérapeute
6. Transfert pour la clinique de chutes
7. Participation du géronto-psychiatre
8. Participation du psychologue
9. Transfert pour la clinique de la mémoire
10. Transfert pour l'hôpital de jour gériatrique
11. Participation du diététicien
12. Consultation autre médecin: spécifie:
.....
13. Autre, spécifie:
.....
14. Autre, spécifie:
.....
15. Autre, spécifie:
.....

Liste des interventions possibles :

1. Changement de lieu de vie : MRS
2. Changement de lieu de vie : Résidence service
3. Changement de lieu de vie :
autre :.....
4. Majoration des aides à domicile : infirmière
5. Majoration des aides à domicile : Aide-familiale
6. Majoration des aides à domicile : Repas livrés
7. Majoration des aides à domicile : aide-ménagère
8. Majoration des aides à domicile : garde-malade
9. Majoration des aides à domicile :
autre :.....
10. Planification séjour de revalidation
11. Adaptation environnement
12. Aides techniques
13. Séances de kinésithérapie
14. Séances d'ergothérapie
15. Conseils incontinence
16. Bilan de chutes
17. Prévention orthostatisme
18. Adaptation du traitement médicamenteux
19. Suivi psychologique
20. Bilan cognitif
21. Conseils prévention délirium
22. Conseils diététiques
23. Suppléments nutritionnels
24. Conseils pour le sommeil
25. Conseils pour soins de plaie
26. Soins de plaie par infirmière
27. Bilan visuel
28. Bilan auditif
29. Autre :.....
30. Autre :.....
31. Autre :.....
32. Autre :.....

- Mentionnez chez les problèmes détectés quelles interventions (N° liste A) ont été exécutées à partir des conseils donnés et notez la date de la réalisation et les interventions établies (N° liste B).
- Notez M (Missing) ou NR (Not Relevant) quand certaines informations manquent ou ne sont pas pertinentes.

Problèmes détectés	N° liste A		Date		N° liste B		Date		N° liste A		N° liste B		Date		N° liste B		
Social			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____					__/__/____	__/__/____			
ADL / IADL			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____					__/__/____	__/__/____			
Chutes			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____					__/__/____	__/__/____			
Douleur			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____					__/__/____	__/__/____			
Fatigue			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____					__/__/____	__/__/____			
Cognition			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____					__/__/____	__/__/____			

3.2.2. Données à recueillir dans le dossier du patient

3.2.2.1. Impact de la CMOG sur la décision thérapeutique

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

- Oui
- Non

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

3.2.2.2. Etat de la maladie

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

- Indéterminé
- Rémission
- Stable
- Progressive
- Décès (dans ce cas, passer au point 4.3.8.)

3.2.2.3. Traitement anti-cancéreux

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

- Poursuite du traitement planifié
- Modification du traitement planifié :
-
- Arrêt du traitement planifié
- Soins palliatifs

3.2.2.4. Décès

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Date du décès: / /

Cause du décès:

- Cancer - même
- Complications de traitement du cancer
- Autre cause:

.....

.....

.....

KPC_24_A_053

Projet de prise en charge spécifique du patient cancéreux âgé
(y compris la concertation oncogériatrique, les interventions
gériatriques, leur implémentation et leur suivi au domicile) :

PARTIE 4

Numéro du dossier : _____ (idem KPC_24_A_025)

Date : __ / __ / 201 __

4. Suivi à 10 semaines post-CMOG et enquête de satisfaction

4.1. Administration

PARTIE PATIENT	
Date de la complétion: []/[]/[]	
Méthode de la complétion 2ième partie du questionnaire (CRF):	
<input type="checkbox"/> Livraison par poste	
<input type="checkbox"/> Téléphone	
<input type="checkbox"/> Contact personnel	
<input type="checkbox"/> Combinaison des possibilités ci-dessus	
<input type="checkbox"/> Autre:	
Complété par:	
<input type="checkbox"/> Patient	
<input type="checkbox"/> Soignant	
<input type="checkbox"/> Professionnel	
<input type="checkbox"/> Autre:	
Si pas complété, raison:	
<input type="checkbox"/> Refus	
<input type="checkbox"/> Décès	
<input type="checkbox"/> Autre cause:	
.....	
.....	
.....	
PARTIE PROFESSIONNEL	
Date de la complétion: []/[]/[]	

4.2. Suivi du patient par téléphone à 10 semaines post-CMOG (partie patient)

4.2.1. Données sociales

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Habitat 	<input type="checkbox"/> A domicile: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> avec un conjoint(e) <input type="checkbox"/> avec la famille <input type="checkbox"/> Flat service <input type="checkbox"/> Maison de repos <input type="checkbox"/> Autre:.....		
<ul style="list-style-type: none"> • Les aidants professionnels 	<input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui : info spécifique	Fréquence/semaine	Date de début de l'aide
	<input type="checkbox"/> Infirmière		
	<input type="checkbox"/> Aide-familiale		
	<input type="checkbox"/> Repas livrés à domicile		
	<input type="checkbox"/> Aide-ménagère		
	<input type="checkbox"/> Autre(s) :.....		
	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		
	<input type="checkbox"/> Psychologue		
	<input type="checkbox"/> Assistante sociale		

4.2.2. ADL

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Critère	Score	1	2	3	4
SE LAVER	est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER	est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
SE DEPLACER	est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
AIDE A LA TOILETTE	est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE	est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER	est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
Score total (6-24)				

4.2.3. IADL

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

	Score
<p>Aptitude à utiliser le téléphone</p> <p><input type="checkbox"/> Se sert du téléphone de sa propre initiative (cherche les numéros, les choisit, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne choisit que certains numéros</p> <p><input type="checkbox"/> Décroche le téléphone, mais n'appelle pas lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Ne peut utiliser le téléphone</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Faire les courses</p> <p><input type="checkbox"/> Fait toutes les courses lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Fait les courses lui-même pour les petits achats</p> <p><input type="checkbox"/> A besoin d'accompagnement pour toutes les courses</p> <p><input type="checkbox"/> Totalemment incapable de faire les courses</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>Préparation des aliments</p> <p><input type="checkbox"/> Planifie, prépare et sert des repas équilibrés de manière indépendante</p> <p><input type="checkbox"/> Prépare des repas équilibrés s'il dispose des ingrédients</p> <p><input type="checkbox"/> Réchauffe des repas préparés et les sert ou prépare des repas mais n'assure pas une alimentation suffisamment équilibrée</p> <p><input type="checkbox"/> Les repas doivent lui être préparés et servis</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>Ménage</p> <p><input type="checkbox"/> S'occupe seul du ménage ou le fait avec une aide occasionnelle (par exemple, pour les travaux ménagers lourds)</p> <p><input type="checkbox"/> Exécute des tâches quotidiennes légères (fait la vaisselle, refait les lits...)</p> <p><input type="checkbox"/> Exécute des tâches journalières mais superficiellement</p> <p><input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour toutes les tâches ménagères</p> <p><input type="checkbox"/> Ne participe absolument pas aux tâches ménagères</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>

	Score
<p>Lessive</p> <p><input type="checkbox"/> Fait la lessive lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Lave le petit linge, les chaussettes, les bas, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> La lessive doit être réalisée par une tierce personne</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Transport</p> <p><input type="checkbox"/> Voyage seul en utilisant les transports en commun ou utilise sa propre voiture</p> <p><input type="checkbox"/> Organise lui-même ses déplacements avec un taxi, mais n'utilise pas les transports en commun</p> <p><input type="checkbox"/> Utilise les transports en commun, s'il est aidé ou accompagné</p> <p><input type="checkbox"/> Les déplacements reposent sur le recours au taxi ou à la voiture, mais seulement avec l'aide de quelqu'un</p> <p><input type="checkbox"/> Ne se déplace absolument pas</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>Gestion thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Assure la préparation et la prise des médicaments à la dose correcte et aux heures appropriées</p> <p><input type="checkbox"/> Gère la prise des médicaments si ceux-ci ont été préalablement préparés</p> <p><input type="checkbox"/> Est incapable de préparer et prendre seul ses médicaments</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>Capacité de gérer ses finances</p> <p><input type="checkbox"/> Règle lui-même de manière autonome ses affaires financières (budget, établissement de chèques, paiement du loyer et des factures, aller à la banque), contrôle ses revenus,</p> <p><input type="checkbox"/> Assure les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations bancaires, les achats importants</p> <p><input type="checkbox"/> Incapable de gérer les affaires financières</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Score total (0-8)</p>	<p>.....</p>
<p>Score total femme (0-8)</p> <p>Score total homme (0-5) (sans item préparation des aliments / ménage / lessive)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>

4.2.4. Chutes

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> Etes-vous tombé dans les 3 derniers mois? <p>SI OUI: Combien de fois:.....</p>	OUI	NON
--	------------	------------

<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous présenté des lésions à la suite de ces chutes (3 derniers mois)? <p>SI OUI: Quelles sont ces lésions?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lésions mineures Définition: égratignures, coups, blessures superficielles ne nécessitant pas d'attention médicale <input type="checkbox"/> Lésions majeures Définition: entorse, lésion sévère à la tête, déformation et déboitement d'articulation, contusion, lacération, perte de connaissance et fracture 	OUI	NON
--	------------	------------

<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous peur de tomber? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours
--

4.2.5. Douleur

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

SCORE (0-10)/10
---------------------	----------

4.2.6. Fatigue

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

SCORE (0-10)/10
---------------------	----------

4.2.7. Qualité de vie

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Qlq-C30

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation							
	Très mauvais			→			Excellent
1. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée?	1	2	3	4	5	6	7
2. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée?	1	2	3	4	5	6	7

4.2.8. GDS-15

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

	OUI	NON
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie		
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?		
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?		
4. Vous ennuyez-vous souvent ?		
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?		
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?		
7. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?		
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?		
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?		
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?		
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?		
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?		
13. Avez-vous beaucoup d'énergie?		
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?		
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?		
Score total GDS-15 (0-15)	

4.2.9. Zarit-1

(à faire remplir par la personne de référence du patient)

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Globalement, ressentez-vous une lourde charge en vous occupant de votre parent ?	0. jamais 1. rarement 2. parfois 3. assez souvent 4. presque toujours

4.2.10. Interventions gériatriques

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

1. Y-a-t'il des conseils donnés après l'évaluation gériatrique pour exécuter des interventions gériatriques spécifiques? Si oui, passez au point 2 / 3 / 4.	NON	OUI
2. Y-a-t'il des conseils donnés, des conseils qui ont effectivement été suivis (= intervenants / intervention)?	NON	OUI
3. Combien de conseils <i>différents</i> ont été exécutés?	.....
4. Si oui, spécifiez dans le tableau (légende liste A (intervenants) et liste B (interventions) prévu à la page suivante)		

Liste des intervenants:

1. Consultation gériatre
2. Participation de liaison interne
3. Participation de l'assistante social
4. Participation de l'ergothérapeute
5. Participation du physiothérapeute
6. Transfert pour la clinique de chutes
7. Participation du géronto-psychiatre
8. Participation du psychologue
9. Transfert pour la clinique de la mémoire
10. Transfert pour l'hôpital de jour gériatrique
11. Participation du diététicien
12. Consultation autre médecin: spécifique:
.....
13. Autre, spécifique:
.....
14. Autre, spécifique:
.....
15. Autre, spécifique:
.....

Liste des interventions possibles :

1. Changement de lieu de vie : MRS
2. Changement de lieu de vie : Résidence service
3. Changement de lieu de vie :
autre :.....
4. Majoration des aides à domicile : infirmière
5. Majoration des aides à domicile : Aide-familiale
6. Majoration des aides à domicile : Repas livrés
7. Majoration des aides à domicile : aide-ménagère
8. Majoration des aides à domicile : garde-malade
9. Majoration des aides à domicile :
autre :.....
10. Planification séjour de revalidation
11. Adaptation environnement
12. Aides techniques
13. Séances de kinésithérapie
14. Séances d'ergothérapie
15. Conseils incontinence
16. Bilan de chutes
17. Prévention orthostatisme
18. Adaptation du traitement médicamenteux
19. Suivi psychologique
20. Bilan cognitif
21. Conseils prévention délirium
22. Conseils diététiques
23. Suppléments nutritionnels
24. Conseils pour le sommeil
25. Conseils pour soins de plaie
26. Soins de plaie par infirmière
27. Bilan visuel
28. Bilan auditif
29. Autre :.....
30. Autre :.....
31. Autre :.....
32. Autre :.....

- Mentionnez chez les problèmes détectés quelles interventions (N° liste A) ont été exécutées à partir des conseils donnés et notez la date de la réalisation et les interventions établies (N° liste B).
- Notez M (Missing) ou NR (Not Relevant) quand certaines informations manquent ou ne sont pas pertinentes.

Problèmes détectés	N° liste A		Date		N° liste B		Date		N° liste A		N° liste B	
Social			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____				
ADL / IADL			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____				
Chutes			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____				
Douleur			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____				
Fatigue			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____				
Cognition			__/__/____	__/__/____			__/__/____	__/__/____				

Dépression		□□/□□/□□□□			□□/□□/□□□□			□□/□□/□□□□		
Nutrition		□□/□□/□□□□			□□/□□/□□□□			□□/□□/□□□□		
Autre		□□/□□/□□□□			□□/□□/□□□□			□□/□□/□□□□		

Remarques générales:

.....

.....

.....

4.3. Données à recueillir dans le dossier du patient à 10 semaines post-CMOG (partie professionnelle)

4.3.1. ECOG-PS

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

	Capable d'avoir une activité normale sans restriction	0
	Activité physique légèrement réduite, mais ambulatoire et capable de gérer des activités ménagères légères	1
	Ambulatoire, indépendant, mais incapable de travailler Reste debout plus de 50% de la journée	2
	Capable de satisfaire ses propres besoins Passe plus de 50% de la journée au lit ou en chaise	3
	Invalide Ne peut plus satisfaire seul ses propres besoins Au lit ou au fauteuil toute la journée	4
	Mort	5

4.3.2. Poids

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Date de l'enregistrement poids: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
--

Poids kg
-------	----------

4.3.3. Réadmission non programmée

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> Est-ce qu'il y a eu lieu une réadmission non programmée ? 	NON	OUI
SI OUI: nombre des 'réadmissions non programmées'	.....

READMISSION NON PROGRAMMEE	DATE	RAISON
1.	[]/[]/[]	<input type="checkbox"/> Traitement du cancer allié
		<input type="checkbox"/> Cancer – même allié
		<input type="checkbox"/> Autre:
2.	[]/[]/[]	<input type="checkbox"/> Traitement du cancer allié
		<input type="checkbox"/> Cancer – même allié
		<input type="checkbox"/> Autre:
3.	[]/[]/[]	<input type="checkbox"/> Traitement du cancer allié
		<input type="checkbox"/> Cancer – même allié
		<input type="checkbox"/> Autre:
4.	[]/[]/[]	<input type="checkbox"/> Traitement du cancer allié
		<input type="checkbox"/> Cancer – même allié
		<input type="checkbox"/> Autre:
5.	[]/[]/[]	<input type="checkbox"/> Traitement du cancer allié
		<input type="checkbox"/> Cancer – même allié
		<input type="checkbox"/> Autre:

4.3.4. Valeurs biologiques

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Date du prélèvement: []/[]/[]

		Valeur	Unités (H.E)
Hémoglobine	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> g/l <input type="checkbox"/> mmol/l <input type="checkbox"/> Andere:
Créatinine sérique	<input type="checkbox"/> M		
Protéine C-reactive (CRP)	<input type="checkbox"/> M		
Albumine	<input type="checkbox"/> M		

4.3.5. Etat de la maladie

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

- Indéterminé
- Rémission
- Stable
- Progressive
- Décès (dans ce cas, passer au point 4.3.8.)

4.3.6. Traitement anti-cancéreux

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

- Poursuite du traitement planifié
- Modification du traitement planifié :
-
- Arrêt du traitement planifié
- Soins palliatifs

4.3.7. Décès

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Décès	NON	OUI
-------	-----	-----

Si décédé, date du décès: [] [] / [] [] / [] [] [] []

Si en vie, date du dernier contact: [] [] / [] [] / [] [] [] []

Cause du décès:

Cancer - même

Complications de traitement du cancer

Autre cause:

.....

.....

Confirmation

Je confirme que j'ai suivi le protocole d'étude et que les données sont correctement enregistrées selon les directives fournies.

Date: [] [] / [] [] / [] [] [] []

Nom:

Signature:

4.4. Enquête de satisfaction par téléphone auprès du patient et/ou de sa personne de référence

Questionnaire rempli avec :

- Le patient
- La personne de référence
- Autre :

Lors de la mise au point de votre maladie cancéreuse, nous vous avons proposé de remplir un questionnaire de qualité de vie qui s'adresse aux séniors :

4.4.1. Avez-vous apprécié que l'on s'intéresse à vous et à votre qualité de vie ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

4.4.2. Vous êtes-vous senti(e) écouté(e) lors de ce questionnaire ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

4.4.3. Avez-vous le sentiment que nous avons identifié des problèmes concernant votre qualité de vie au moyen de ce questionnaire ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

En fonction des problèmes révélés par ce questionnaire, différents professionnels (à cocher dans la liste ci-dessous) se sont occupé de vous :

4.4.4. Avez-vous le sentiment d'avoir été aidé par la prise en charge de/du

Intervenants	oui	non	?
<input type="checkbox"/> la diététicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> la kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> l'ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> la psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> personnel de l'hôpital de jour de gériatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> personnel de la gériatrie de liaison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant le suivi de la prise en charge oncogériatrique :

4.4.5. Avez-vous apprécié le suivi personnalisé (par téléphone et/ou visite dans votre chambre d'hôpital) réalisé par l'infirmier(e) coordinateur/trice en oncogériatrie ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Concernant la satisfaction globale :

4.4.6. Globalement, êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge oncogériatrique dont vous avez bénéficié ?

__ / 10

Avez-vous des remarques ou des suggestions à formuler :

4.5. Enquête de satisfaction par e-mail auprès des oncologues traitants

Logo UCL-Saint-Luc ou GHDC ou CH Mouscron

Prise en charge oncogériatrique

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer notre service, nous souhaiterions connaître votre avis concernant la prise en charge oncogériatrique dont certains de vos patients ont bénéficié dans le cadre de l'étude en oncogériatrie financée par le Plan Cancer. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire qui sera traité de manière anonyme par la cellule qualité. Pourriez-vous le renvoyer par e-mail à l'adresse suivante : endéans les 15 jours ? Nous vous remercions d'ores et déjà de votre participation.

Signature de l'équipe en oncogériatrie

4.5.1. Date à laquelle le questionnaire est rempli : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

4.5.2. Age: ans

4.5.3. Sexe:

- femme
- homme

4.5.4. Quelle est votre spécialité médicale?

- Oncologie
- Hématologie
- Radiothérapie
- Chirurgie
- Autre spécialité en oncologie:
- Autre:

4.5.5. Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre domaine actuel?années

4.5.6. Comment jugez-vous le screening des patients cancéreux âgés en vue d'une évaluation gériatrique dans votre hôpital?

- Positif
- Plutôt positif
- Plutôt négatif
- Négatif

4.5.7. Comment jugez-vous l'évaluation gériatrique standardisée faite chez les patients cancéreux âgés positifs au screening de fragilité ?

- Positive
- Plutôt positive

- Plutôt négative
- Négative

4.5.8. A quel point êtes vous satisfait de la mise à disposition des résultats et des conseils de l'évaluation gériatrique dans le dossier médical informatisé?

- Très satisfait
- Satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait

4.5.9. Comment jugez-vous le fonctionnement de la CMOG (Concertation Multidisciplinaire en Oncogériatrie)?

- Positif
- Plutôt positif
- Plutôt négatif
- Négatif

4.5.10. A quel point êtes vous satisfait des avis formulés par la CMOG?

- Très satisfait
- Satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait

4.5.11. A quel point êtes-vous satisfaits des plans de soin oncogériatriques établis par la CMOG ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait

4.5.12. Comment-jugez-vous le suivi des patients assurés par les coordinateurs en oncogériatrie ?

- Positif
- Plutôt positif
- Plutôt négatif
- Négatif

4.5.13. Comment jugez-vous l'impact de la prise en charge oncogériatrique sur la qualité de vie de vos patients?

- Positive
- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Négative

4.6. Enquête de satisfaction par e-mail auprès des médecins traitants

Logo UCL-Saint-Luc ou GHDC ou CH Mouscron

Prise en charge oncogériatrique

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer notre service, nous souhaiterions connaître votre avis concernant la prise en charge oncogériatrique dont certains de vos patients ont bénéficié aux Cliniques Universitaires Saint-Luc(ou CH Mouscron ou GHDC) dans le cadre de l'étude en oncogériatrie financée par le Plan Cancer. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire qui sera traité de manière anonyme par la cellule qualité. Pourriez-vous le renvoyer par e-mail à l'adresse suivante : endéans les 15 jours ? Nous vous remercions d'ores et déjà de votre participation.

Signature de l'équipe d'oncogériatrie

4.6.1. Date à laquelle le questionnaire est rempli : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

4.6.2. Age: ans

4.6.3. Sexe:

- femme
- homme

4.6.4. Combien d'années d'expérience avez-vous dans le domaine de la médecine générale?
.....années

4.6.5. Comment jugez-vous le screening de fragilité chez les patients cancéreux âgés (70+) en vue d'une évaluation gériatrique dans notre hôpital?

- Positif
- Plutôt positif
- Plutôt négatif
- Négatif

4.6.6. Comment jugez-vous l'évaluation gériatrique standardisée faite chez les patients cancéreux âgés positifs au screening de fragilité ?

- Positive
- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Négative

4.6.7. Comment jugez-vous le fonctionnement de la CMOG (Concertation Multidisciplinaire en oncogériatrie)?

- Positif
- Plutôt positif
- Plutôt négatif
- Négatif

4.6.8. A quel point êtes vous satisfait des avis formulés par la CMOG?

- Très satisfait
- Satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait

4.6.9. A quel point êtes-vous satisfaits des plans de soin oncogériatriques établis par la CMOG ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait

4.6.10. A quel point êtes vous satisfait de la communication du plan de soin oncogériatrique par téléphone/e-mail?

- Très satisfait
- Satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait

4.6.11. Comment-jugez-vous le suivi des patients assurés par les coordinateurs en oncogériatrie ?

- Positif
- Plutôt positif
- Plutôt négatif
- Négatif

4.6.12. Comment jugez-vous l'impact de la prise en charge oncogériatrique sur la qualité de vie de vos patients?

- Positive
- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Négative