



CQ865



HHSS

QUESTIONNAIRE À L'USAGER : DONNÉES PRÉLIMINAIRES EN ONCOLOGIE

À compléter avant votre premier traitement de chimiothérapie.

Allergies : Non

Oui, produit(s) et réaction(s) :

Personnes à contacter si besoin :

Nom	Lien	Téléphone # 1	Téléphone # 2

Antécédents médicaux : _____

MÉDICATION

Demander à votre pharmacien de vous fournir la liste de vos médicaments et l'apporter lors de votre premier traitement de chimiothérapie.

Autres médicaments et produits naturels.

Nom du médicament	Dosage et fréquence	Nom du médicament	Dosage et fréquence

Nom du médecin de famille : _____ # tél. : _____

Nom de la pharmacie : _____ # tél. : _____

Occupation : _____ Congé de maladie : Oui Non

Vit seul(e) : Oui Non, avec : _____

Tabac : _____/jour Alcool – Type : _____ Fréquence : _____ Drogues – Type : _____ Fréquence : _____

Ménopausée : Oui, depuis quand : _____ Non, date dernière menstruation : _____ Non applicable

Nausées durant la grossesse : Oui Non Non applicable Mal des transports : Oui Non

Nom :

Prénom :

Dossier :

Diète spéciale : Non Oui, préciser : _____ **Hydratation – quantité/jour :** _____

Présentement, avez-vous un problème de :

Problèmes	Non v	Oui v	Problèmes	Non v	Oui v
Constipation			Toux		
Diarrhée			Souffle court		
Douleur			Perte de poids		
Étourdissements			Gain de poids		
Fatigue			Trouble audition		
Perte d'appétit			Trouble vision		
Nausées			Problème de peau ou plaie		
Vomissements			Anxiété		
Fièvre			Sommeil		
Infection					

Prothèse(s) dentaire(s) : Non Oui : Haut Bas Partiel

Prothèse(s) auditive(s) : Non Oui : Gauche Droite

Lunettes : Non Oui **Verres de contact :** Non Oui

J'ai reçu l'enseignement sur la chimiothérapie. Oui Non

J'ai reçu les dépliants explicatifs sur la chimiothérapie. Oui Non

J'ai rencontré les principaux intervenants (infirmières, médecin, pharmaciens). Oui Non

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions concernant la chimiothérapie et on y a répondu à ma satisfaction. Oui Non

Quels sont les sujets dont vous voulez discuter avec l'infirmière? _____

Section à compléter lorsque vous n'avez pas assisté à l'enseignement de groupe.

Quelqu'un de votre entourage a-t-il déjà reçu des traitements de chimiothérapie? _____

Que connaissez-vous de la chimiothérapie? _____

Je consens à recevoir les traitements de chimiothérapie proposés. Oui Non

Commentaires : _____

Date (aaaa/mm/jj) : _____ Signature de l'utilisateur: _____

Questionnaire non complété par l'utilisateur :

Signature de la personne qui a complété le questionnaire : _____ Lien avec l'utilisateur : _____

N° de téléphone : _____ Date (aaaa/mm/jj) _____

Signature infirmière

Date (aaaa/mm/jj)