

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE APRES TRAITEMENT INITIAL

1 - Troubles fonctionnels

- Douleurs : Non Oui
- o Siège : Sein Degré : Peu
 Bras Moyen
 Autre Intense
- Gros bras : Non Oui

2 - Poids

- Modifié : Non Oui Augmenté de : + ____
 Diminué de : - ____

3 - Troubles hormonaux

- Arrêt des règles : Non Oui Depuis : __/__/__
- Demande de contraception : Non Oui
- Bouffées de chaleur : Non Oui Nbre de jour : ____
 Nbre de nuit : ____
- Sécheresse vulvo-vaginale : Non Oui
- Troubles urinaires : Non Oui
- Baisse de la libido : Non Oui

4 - Evaluation psychologique

- Angoissée : Non Oui
- Fatiguée : Non Oui
- Déprimée : Non Oui
- Dévalorisation de soi : Non Oui

5 – Bilan social

- Travail :
 - o Non :
 - Arrêt transitoire
 - Retraite
 - Chômage
 - o Oui :
 - Plein temps
 - Mi-temps
 - A retrouvé son poste à l'identique : Non Oui
- Habitat :
 - o Vie Seule
 - o En couple
 - o En famille
 - avec Enfants
 - avec Parents
 - o Aidée : Non Oui
- Endettement : Non Oui
- Besoin de prêt : Non Oui
- Séparation en cours : Non Oui
- Préjudice d'agrément : Non Oui
 - o Si oui préciser : Sport Loisirs
- Possibilité d'indemnisation
 - o Accès au dossier : Non Oui

6 - Proposition des différentes prestations du réseau

- Médecins de la douleur Non Oui
- Kinésithérapeutes Non Oui
- Diététiciens Non Oui
- Psychologues Non Oui
- Juristes Non Oui