

R S
L S

Fiche d'évaluation de la qualité de vie après traitement initial Saint-Louis Réseau Sein

S L
R S

Compte rendu de la consultation du --/--/----
Fait par le docteur.....

Nom et prénom de la patiente :
Date de naissance :

Médecin du CMS:

TROUBLES FONCTIONNELS

- Douleurs : Non Oui
- Siège : Sein Degré : Absent Modéré Intense
 Bras Degré : Absent Modéré Intense
 Autre Degré : Absent Modéré Intense
- Gros bras : Non Oui
- Conséquences Non Oui
- Loisirs /
 - Travail
 - Vie quotidienne

POIDS

Poids actuel :

- Prise de poids / Perte de poids :.....

TROUBLES HORMONAUX

- Aménorrhée post chimio: Non Oui
- Ménopause : Non Oui
- Contraception : Non Oui
- Si oui, laquelle :
- Bouffées de chaleur : Non Oui Gênantes: Non Oui
- Sécheresse vulvo-vaginale : Non Oui
- Troubles urinaires : Non Oui
- Baisse de la libido : Non Oui

EVALUATION PSYCHOLOGIQUE

S L

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

R

S

Avez-vous déjà bénéficié d'un suivi psychologique ?

BILAN SOCIAL

- Travail :
 - o Non :
 - Arrêt maladie
 - Retraite
 - Chômage
 - o Oui :
 - Plein temps
 - Mi-temps
 - A retrouvé son poste à l'identique : Non Oui
 - o Situation Familiale : Vit seule Non Oui
 - o Séparation : Non Oui
- Endettement Non Oui
- Besoin de prêt Non Oui

AUTRES RECOURS

- Avez-vous recours à des médecines alternatives : Non Oui
- Si oui lesquelles :

PROPOSITION DES DIFFERENTES PRESTATIONS DU RESEAU

- Médecins de la douleur Non Oui
- Kinésithérapeutes Non Oui
- Diététiciens Non Oui
- Psychologues Non Oui
- Assistante Sociale Non Oui

Motivation de la prescription :

CONCLUSION

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