

N° dossier
Nom
Prénom
Date de naissance
NAM
Nom de la mère
Prénom de la mère
Nom du père
Prénom du père

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES – GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION EN CANCÉROLOGIE (GRIC)

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

Ce formulaire est complémentaire à la Collecte de données initiale – Guichet rapide d'investigation en cancérologie (GRIC) (formulaire CN00629)

Préciser l'étape d'investigation de l'utilisateur

Compréhension de la situation par l'utilisateur et/ou par le proche

Très bonne Bonne Moyenne Faible Très faible

Données anthropométriques

Poids _____ kilogrammes Taille _____ mètre(s) Indice de masse corporelle _____

Perte de poids Oui Non _____ kilogramme(s) depuis _____

Diagnostiques associés et antécédents

ALLERGIES ET INTOLÉRANCES

Pas d'allergie connue Intolérances, préciser _____
 Allergie(s) (incluant médicaments et produits de contraste), préciser _____

PROBLÈMES CARDIO-VASCULAIRES

Non applicable Hypertension artérielle Dyslipidémie Syndrome d'activation mastocytaire
 Accident vasculaire cérébral Autre(s), préciser _____

PROBLÈMES PULMONAIRES

Non applicable Emphysème Maladie pulmonaire obstructive chronique
 Asthme Autre(s), préciser _____

DIABÈTE

Non applicable Diabète, type _____ Insuline sous-cutanée
 Hypoglycémiant oral, préciser _____

AUTRES

Insuffisance rénale chronique Sonde urinaire Hyperplasie bénigne de la prostate
 Chirurgies antérieures, préciser _____ Autre(s), préciser _____

DISPOSITIFS IMPLANTÉS

Défibrillateur cardiaque Cathéter veineux sous-cutané Autre, préciser _____

Médicaments et suppléments

Anticoagulothérapie, préciser _____ Antiplaquettaire, préciser _____
 Sommaire Dossier santé Québec

Évaluation des signes et symptômes**DOULEUR**

Oui Non Site _____ Provoquée par _____

Qualité _____ Intensité/10 _____ Irradiation _____

Signes/symptômes _____ Durée _____

Soulagement par méthode non pharmacologique, préciser _____

Analgésique, préciser _____

RESPIRATION

Dyspnée à l'effort Dyspnée au repos Difficulté à s'exprimer liée à la dyspnée

Soulagement par bronchodilatateur Soulagement par position assise Toux

Expectorations, préciser _____ Hémoptysie

APPAREIL DIGESTIF

Brûlures d'estomac Nausée Baisse d'appétit Vomissements

Constipation Diarrhée Selles, préciser _____

Rectorragies Méléna Incontinence Reflux gastro-œsophagien

Douleurs abdominales, préciser _____

BIEN-ÊTRE/COGNITION

Fatigue Somnolence Insomnie Confusion Céphalée

Diminution de l'attention Perte de mémoire Trouble de l'audition Trouble de la vision

Sueur, préciser (moment, fréquence, etc.) _____

Dépistage de la détresse**INQUIÉTUDES, PRÉOCCUPATIONS OU PROBLÈMES**

Travail/études Finances Logement Perte d'intérêt faces aux activités habituelles

Communication avec l'équipe soignante Connaissance des ressources disponibles

Famille et amis L'utilisateur se sent seul L'utilisateur se sent comme un fardeau

Changement d'apparence Intimité/sexualité

Autre(s), préciser _____

RÉÉVALUATION DE L'ÉTAT ÉMOTIONNEL E L'USAGER

Calme Anxieux Inquiet Triste Colérique/frustré Dépressif

Autre(s) _____

Sensation de détresse de 0 à 10 (0 = aucune détresse, 10 = détresse extrême)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Référence aux services professionnels de 1^{ère} ligne

Travailleur social Ergothérapeute Nutritionniste Physiothérapeute Soins infirmiers 811

Organismes communautaires, préciser _____

Autre(s) _____

Réévaluation des besoins particuliers de l'utilisateur

Date _____ Signature _____
aaaa/mm/jj Infirmière

Section réservée pour la signature électronique