

### Informations patient

**Sexe :**  masculin  féminin

**Nom marital :**

**Prénom :**

**Nom de jeune fille :**

**Date de naissance :**

**Nom du médecin référent en cancérologie :**

**Nom du gériatre ayant réalisé l'EGP initiale :**

**Date de l'EGP initiale :**

**Pathologie en cause :**

**Nature de la proposition de la RCP :**

mise en traitement

poursuite traitement

abstention

examens complémentaires

surveillance

### Consultation de suivi

**Réalisée par :**

**Date du suivi :**

**Type de suivi :**  Téléphonique

En consultation externe

En hospitalisation

A domicile

**Intervalle de l'EGP initiale :**

Moins d'un mois

1 mois

2 mois

3 mois

4 mois

5 mois

6 mois

7 mois

8 mois

9 mois

10 mois

11 mois

1 an

Plus d'un an

**Interlocuteur privilégié :**

patient

conjoint

entourage

Autre (*préciser*) :

Commentaires :

**Date de décès, le cas échéant :**

Suivi des recommandations du gériatre

**Examens et soins proposés lors de l'EGP initiale :**

	Réalisé	Prévu	Non fait	Non disponible	Non demandé
<b>NUTRITION</b>					
Consultation avec une diététicienne					
Compléments alimentaires					
Conseils diététiques					
<b>COGNITION</b>					
Bilan neuropsychologique					
Rééducation orthophonique					
Prévention aggravation trouble cognitif					
<b>THYMIE</b>					
Prise en charge par psychologue ou psychiatre					
Intervention IDE secteur géro-psycho-geriatrique					
Traitement anxiolytique, antidépresseur ou hypnotique					
<b>MARCHE</b>					
Intervention kinésithérapeute					
Activité physique conseillée					
<b>SOCIAL</b>					
Proposition contact avec assistante sociale					
Mise en place et adaptation plan d'aide					
Aménagement de l'habitat					
Conseil sur l'institutionnalisation					
Proposition de SSR ( <i>incluant pré et réhabilitation</i> )					
<b>COMORBIDITÉS ET GESTION DES COMORBIDITÉS</b>					
Équilibrage des pathologies chroniques					
Proposition de modification thérapeutique					
Examens complémentaires proposés					
<b>DOULEUR/ SOINS PALLIATIFS</b>					
Adaptation thérapeutique					
Proposition RDV centre antidouleurs					
Contact avec EDASP					
<b>AVIS SPÉCIALISÉS</b>					
Anesthésiste					
Cardiologue					
Dermatologue					
Endocrinologue					
Gastroentérologue					
Neurologue					
Ophtalmologue					
ORL					
Rhumatologue					
Urologue					
Autres					

**Proposition de traitement oncologique à l'issue de l'EGP** (sous réserve de l'application des recommandations) :

oui (optimal ou adapté)     non     sans avis

**Traitement oncologique réalisé après l'EGP :**

oui     non

Commentaires :

**Préciser le degré de réalisation des recommandations initiales du gériatre**

### Évaluation générale du patient

**Traitement réalisé entre la consultation d'oncogériatrie initiale et le suivi**

Chimiothérapie     Chimiothérapie orale     Thérapie ciblée     Immunothérapie  
 Radiothérapie     Hormonothérapie     Chirurgie     Autre

Commentaires :

**Évènement intercurrent :**     Oui     Non

Commentaires :

**Changement de situation dans le mode de vie** (institutionnalisation, décès de l'aidant, déménagement...) :

Oui     Non

Commentaires :

**Évaluation de la douleur** (échelle EVA)

0     3     6     9  
 1     4     7     10  
 2     5     8

Commentaires :

### Évaluation nutritionnelle

- ❖ Poids au moment de l'EGP initiale :
- ❖ Poids actuel :
- ❖ Le cas échéant, poids mesuré lors du dernier suivi :
- ❖ Taille :
- ❖ IMC :

Commentaires :

### Autonomie

- ❖ Score ADL : ...../6
- ❖ Nouvelles chutes depuis EGP initiale ou dernier suivi :  Oui  Non

Commentaires :

### État cognitif

- ❖ Évolution de l'état cognitif depuis l'EGP initiale ou le dernier suivi :  Oui  Non
- ❖ Répercussion sur le quotidien :  Oui  Non

Commentaires :

### Thymie

- ❖ Évolution de la thymie depuis l'EGP initiale ou le dernier suivi :  Oui  Non
- ❖ Répercussion sur le quotidien :  Oui  Non

Commentaires :

### État cutané

- ❖ Escarre au moment de l'EGP initiale :  Oui  Non
  - Si oui, état au moment du suivi :  Aggravation  Stable  Guérison
  - Si non, apparition d'escarre :  Oui  Non

Commentaires :

**Traitements en cours** (ordonnance habituelle MT) :

**RDV et examens à venir :**

### Informations facultatives

Identification d'une personne de confiance :  Oui  Non

Si oui, préciser :

Évaluation du risque d'escarre de Braden :

### SYNTHESE DU SUIVI