

Passeport
en

oncologie

Québec 

**Ce document est un outil précieux pour son propriétaire.
S.V.P. respecter son caractère confidentiel et le retourner à**

si vous le retrouvez.

**Passeport
en**

oncologie

Québec 

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document peut être consulté et téléchargé en format PDF dans Internet. L'adresse Internet permettant d'y accéder est la suivante :

www.msss.gouv.qc.ca/cancer.

Ce document peut également être commandé par courriel à l'adresse diffusion@msss.gouv.qc.ca ou par la poste :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
Diffusion
1075, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-63353-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-63354-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2011

AVERTISSEMENT

L'information contenue dans ce document est fournie à titre indicatif seulement. Elle ne vise pas à remplacer des soins médicaux ni les conseils ou les directives d'un professionnel de la santé. Si vous avez des questions concernant vos soins, communiquez avec un professionnel de la santé qualifié.

MOT D'INTRODUCTION

Vous avez en main un passeport en oncologie. Il a pour but de vous servir d'aide-mémoire et de guide tout au long des différentes étapes de votre parcours de soins, que ce soit pour les examens que vous subirez ou pour les traitements dont vous aurez besoin. Il vous aide à vous retrouver plus facilement dans tous les rendez-vous, les visites de traitements ou examens ainsi que dans les diverses rencontres avec vos médecins, infirmières et autres professionnels de la santé. Il vous donne aussi de l'information sur les symptômes que vous pourriez présenter lors de vos traitements et vous aide à décider quand et qui consulter si vous éprouvez certains de ces symptômes. Il vous permet d'écrire plusieurs informations sur vos tests, examens, symptômes ou encore sur vos différents médicaments.

Chaque personne atteinte de cancer reçoit un passeport en oncologie. Grâce à ce passeport, nous souhaitons vous offrir un outil simple à utiliser pour vous simplifier la vie et pour faciliter les communications avec les différents intervenants du système de santé lors de vos fréquents contacts avec ceux-ci. Apportez-le avec vous lors de chaque visite à l'hôpital, chez le médecin, au CLSC, à l'urgence et présentez-le aux intervenants pour qu'ils puissent le consulter au sujet de vos suivis. De plus, le passeport en oncologie est disponible à l'adresse Internet www.msss.gouv.qc.ca/cancer.

Cet outil est le résultat de la mise en commun de plusieurs expériences vécues par les personnes atteintes de cancer et du travail d'un groupe d'infirmières spécialisées en oncologie provenant de différents secteurs de soins et représentant plusieurs régions du Québec. Des médecins oncologues et des pharmaciens spécialisés en oncologie en ont révisé les recommandations, qui découlent des données les plus récentes de la pratique clinique basée sur les données probantes de la recherche.

Les personnes atteintes de cancer nous ont dit qu'elles trouvaient utile et nécessaire d'utiliser un passeport en oncologie. Les professionnels de la santé nous ont aussi encouragés à développer cet outil pratique pour vous. Une première version a été produite en 2008. Puis, nous avons recueilli les commentaires des premiers utilisateurs, et cette version 2010 a été révisée pour en tenir compte.

La Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec remercie toutes les personnes qui ont participé à ce projet et y ont cru pour vous, et qui souhaitent, avec elle, que chaque personne atteinte de cancer reçoive les meilleurs soins.

Enfin, votre passeport en oncologie vous appartient, un peu comme ce que vous vivez présentement. Utilisez-le comme bon vous semble et n'hésitez pas à faire part de vos inquiétudes, de vos questions ou de tout autre commentaire à vos personnes ressources.

Bonne route...

TABLE DES MATIÈRES

1. Renseignements personnels et numéros de téléphone	6
2. Portrait de santé	7
3. Personnes-ressources	8
4. Calendrier des suivis, rendez-vous et examens	14
5. Plan de traitement	26
<i>Chirurgie</i>	26
<i>Chimiothérapie ou autres</i>	28
<i>Radiothérapie</i>	36
6. Poids, tests sanguins	40
7. Cathéter veineux central	45
8. Liste des symptômes	47
9. Suivi des symptômes à la maison	54
10. Liste des médicaments	58
11. Renseignements sur les ressources	60
12. Notes	64
Évaluation du passeport	67

1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE

Nom : _____ Téléphone (résidence) : _____

Téléphone (travail) : _____ Téléphone cellulaire : _____

Nom et numéro d'une personne proche à contacter en cas d'urgence : _____

Numéros importants

Clinique d'oncologie : _____

Numéro d'urgence en oncologie : _____

Info-Santé : _____

Service 24/7 (inscription nécessaire au CLSC de votre centre de santé et de services sociaux) : _____

2 PORTRAIT DE SANTÉ

Selon ce que vous savez, remplissez la fiche ci-dessous. S'il vous manque des informations, vous pouvez demander à votre médecin ou à votre infirmière pivot de vous aider.

ALLERGIES :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Type de réaction : 1. _____

Type de réaction : 2. _____

Type de réaction : 3. _____

Type de réaction : 4. _____

Type de réaction : 5. _____

CHIRURGIE ANTÉRIEURE : Oui Non

Nom de la chirurgie : _____

Date de la chirurgie : _____

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ :

Problème cardiaque _____

Hypertension artérielle _____

Diabète _____

Problème respiratoire _____

Problèmes rénaux _____

Arthrite _____

Épilepsie _____

Traitement anticoagulant _____

Autres problèmes de santé _____

3 PERSONNES-RESSOURCES

La composition de votre équipe de soins varie *selon vos besoins et vos demandes*. Elle vise à vous aider à composer avec la maladie et, ainsi, à mieux vivre chaque jour. Il est important de souligner que les intervenants *collaborent* entre eux afin de vous offrir les meilleurs soins et traitements possible. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser à votre équipe.

La liste des ressources permet de mieux comprendre la composition de l'équipe de soins ainsi que leur rôle. Nous vous encourageons à utiliser cette liste en inscrivant le nom des *intervenants et leurs coordonnées*.

ÉQUIPE DE SOINS

Infirmière pivot

Personne ressource tout au long de la maladie. Elle évalue vos ressources et vos besoins de santé, vous informe et vous soutient.

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Infirmière en clinique d'oncologie

Administre vos traitements et répond à vos questions relativement aux traitements et à vos préoccupations.

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

<p>Infirmière de recherche Vous accompagne et coordonne les soins entourant le protocole de recherche.</p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>
<p>Oncologue Médecin qui se spécialise dans le traitement du cancer.</p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>
<p>Spécialiste en chirurgie Effectue les opérations chirurgicales visant à enlever la tumeur.</p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>
<p>Radio-oncologue Médecin spécialiste dans l'utilisation de la radiothérapie pour traiter le cancer.</p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>

Technologue en radio-oncologie

Travaille en collaboration avec le radio-oncologue pour planifier et donner les traitements de radiothérapie. Enseigne aux patients et patientes comment composer avec les effets secondaires des traitements.

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Ressources psychosociales

Plusieurs professionnels tels qu'un travailleur social, un psychologue, un psychiatre, un intervenant en services spirituels, ou autres qui peuvent vous soutenir.

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Pharmacien en oncologie

Prépare votre traitement de chimiothérapie, vous l'explique en détail, puis vous informe des effets secondaires prévisibles et des moyens pour les minimiser.

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Autres professionnels de la santé

D'autres membres de l'équipe, tels que le physiothérapeute, l'ergothérapeute et le nutritionniste, peuvent évaluer vos besoins sur le plan physique et vous conseiller sur les mesures à prendre dans le but d'améliorer votre qualité de vie.

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Ressources bénévoles

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Autre

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

*** À la fin des traitements actifs, vos médecins et infirmières vous indiqueront qui assurera vos suivis.**

ÉQUIPE DE SOINS DANS LA COMMUNAUTÉ

CLSC
Personne-ressource du CLSC

Nom :
 Téléphone :
 Télécopieur :
 Courriel :

Médecin de famille

Joue un rôle essentiel afin d'assurer un suivi global de votre santé.

Nom :
 Téléphone :
 Télécopieur :
 Courriel :

Pharmacien

Nom :
 Téléphone :
 Télécopieur :
 Courriel :

Équipe de soins palliatifs	Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :
Dentiste	Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :
Autre	Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :
Ressources bénévoles communautaires	Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :

4 CALENDRIER DES SUIVIS, RENDEZ-VOUS ET EXAMENS

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____													
DIMANCHE		LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI		SAMEDI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites	CLSC	CLSC

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

5 PLAN DE TRAITEMENT**Chirurgie**

Votre plan de traitement peut comporter une chirurgie. N'hésitez pas à demander l'aide d'un membre de l'équipe pour remplir cette section.

DATE	PROCÉDURE CHIRURGICALE	RECOMMANDATIONS ET SUIVI	COMMENTAIRES

DATE	PROCÉDURE CHIRURGICALE	RECOMMANDATIONS ET SUIVI	COMMENTAIRES

Chimiothérapie ou autres

Lors de vos visites à la salle de traitement, demandez à l'infirmière ou au pharmacien d'écrire le nom de vos médicaments de chimiothérapie et de vos autres médicaments dans la grille ci-dessous. Ces informations seront importantes après vos traitements, si jamais vous avez des effets secondaires ou des symptômes.

Date du premier traitement de chimiothérapie : _____

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

Radiothérapie

Lors de vos visites au département de radiothérapie, demandez à l'infirmière, aux technologues ou au radio-oncologue d'écrire ci-dessous les informations au sujet de votre traitement de radiothérapie.

Région du corps traitée : _____

Type de radiothérapie : Radiothérapie externe Curiethérapie

Nombre de traitements prévu : _____

Durée prévue des traitements (sem.) : Date de début : _____ Date de fin : _____

DATE OU SEMAINE	TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE	COMMENTAIRES

DATE OU SEMAINE	TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE	COMMENTAIRES

DATE OU SEMAINE	TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE	COMMENTAIRES

DATE OU SEMAINE	TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE	COMMENTAIRES

6 POIDS, TESTS SANGUINS

Certains médicaments utilisés pour vos traitements peuvent diminuer la production des cellules de votre sang. C'est pourquoi vous devrez vous soumettre régulièrement à des analyses de sang afin de vérifier que le nombre de vos cellules sanguines n'est pas trop bas. Il est aussi possible que vous passiez d'autres tests de sang.

Hémoglobine : Renseigne sur la capacité des globules rouges de transporter l'oxygène des poumons vers les organes du corps humain.

- Si le nombre est trop bas, vous pouvez ressentir des symptômes comme une grande fatigue ou faiblesse, des étourdissements ou des essoufflements persistants.

Neutrophiles : Globules blancs qui combattent les infections.

- Si le nombre est trop bas, cela vous rend à risque de développer une infection, souvent manifestée par de la fièvre.

Plaquettes : Servent à la coagulation du sang (formation de caillots) et empêchent ainsi un saignement prolongé en cas de blessure.

- Si le nombre est trop bas, vous pouvez avoir plus de saignements et d'ecchymoses (bleus) que d'habitude.

Poids : Permet d'ajuster les doses de médicaments de votre protocole de chimiothérapie.

Si vous le désirez, demandez vos résultats de tests sanguins pour pouvoir les inscrire vous-même dans le tableau ci-dessous.

Veillez noter que ce tableau présente les valeurs normales des analyses sanguines à titre indicatif et que les résultats attendus dans votre centre d'oncologie peuvent différer. Si vous avez des inquiétudes, n'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.

Date	Poids (kg) Taille (m)	Hémoglobine (120-160g/L)	Neutrophiles (2.1-6.7 X10 ⁹ /L)	Plaquettes (140-450 X10 ⁹ /L)	Autres			

Vous recevez des agents stimulant la production des globules rouges

Inscrire le nom du médicament ici : _____

Calendrier	Dose	Date de début	Date d'arrêt (fin de dose)

Vous recevez des facteurs stimulant la production des globules blancs

Inscrire le nom du médicament ici : _____

Calendrier	Dose	Date de début	Date d'arrêt (fin de dose)

Vous recevez un anticoagulant (médication pour éclaircir le sang et prévenir la formation de caillots)

Inscrire le nom du médicament ici : _____

Calendrier	Dose	Date de début	Date d'arrêt (fin de dose)

7 CATHÉTER VEINEUX CENTRAL

Si nécessaire, demandez à votre infirmière de vous préciser le type de cathéter utilisé :

Nom du cathéter : _____

Date d'installation : _____

L'irrigation du cathéter et le changement de pansement seront faits régulièrement par votre infirmière de la clinique d'oncologie ou du CLSC, selon la technique de soins de votre centre.

Si vous ressentez les symptômes sévères suivants :

- Apparition de **douleur aiguë à l'épaule**, ou au niveau de l'oreille ou du cou.
ou
- Apparition de douleur ou de sensation de brûlure, de rougeur, de **chaleur**, d'**enflure** ou d'**écoulement** dans la région du site d'entrée de votre cathéter, accompagnée de fièvre (plus de 38° Celsius).

Vous devez :

- Téléphoner au numéro d'urgence : _____
ou
- Vous présenter immédiatement à l'urgence.

(suite au verso)

Si vous ressentez les symptômes suivants :

- Apparition de **douleur** ou de **sensation de brûlure**, de **rougeur**, de **chaleur**, d'**enflure** ou d'**écoulement** dans la région du site d'entrée de votre cathéter, sans aucune fièvre.

ou

- Le **cathéter** est ressorti, par accident, en partie ou au complet du site d'entrée.

Vous devez :

- Aviser immédiatement l'infirmière de votre centre _____

ou

- Téléphoner au numéro d'urgence en oncologie _____

ou

- Vous présenter à l'urgence.

8 LISTE DES SYMPTÔMES

Les traitements que vous recevez vous sont donnés dans le but de traiter la maladie, mais ils peuvent toutefois entraîner des effets secondaires énumérés ci-dessous. Néanmoins, l'équipe de soins peut intervenir pour vous suggérer des moyens de soulagement et permettre d'améliorer ainsi votre qualité de vie.

Voici donc une liste générale des symptômes qui pourraient se manifester selon le traitement que vous recevez. Si vous ressentez un ou plusieurs des symptômes décrits ci-dessous, il est important de le signaler rapidement. Le jour, communiquez avec les personnes-ressources dont les numéros de téléphone se trouvent au début du passeport, le soir ou la nuit, contactez Info-Santé 8-1-1 ou tout autre numéro d'urgence donné par l'équipe traitante. N'hésitez pas à téléphoner pour tout autre symptôme ou situation qui vous inquiète.

Veillez noter que le tableau de la page suivante est un guide pour vous. Il est important de retenir que vous êtes la personne qui peut le mieux évaluer ce que vous ressentez. Il est essentiel de vous y fier et de ne pas laisser s'aggraver, à domicile, une situation qui pourrait mener à des complications ou retarder la suite de vos traitements.

Pour ces symptômes, s'il vous est impossible de joindre un intervenant pour une évaluation de votre condition physique, il est alors nécessaire de vous présenter à l'urgence.

SYMPTÔMES	<p style="text-align: center;">À SIGNALER SI :</p> <p style="text-align: center;">Le jour : contactez vos personnes-ressources (p. 8 à 13). Le soir ou la nuit : Info-Santé 8-1-1 ou tout autre numéro d'urgence donné par l'équipe traitante.</p>	<p style="text-align: center;">SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :</p>
<p>Fièvre pendant les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Température de plus de 38° Celsius, depuis plus d'une heure <li style="text-align: center;">OU • Température de plus de 38,3° Celsius <p>Dans les deux cas, ne pas prendre d'anti-inflammatoire ou d'acétaminophène qui pourraient masquer la fièvre.</p>
<p>Fièvre lorsque les traitements sont terminés depuis 6 semaines et plus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Température de plus de 38,3° Celsius 	
<p>Douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur connue non soulagée par la médication • Présence d'une nouvelle douleur • Douleur vous empêchant de faire vos activités de tous les jours • <i>Augmentation</i> de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle douleur aiguë • Douleur intolérable

SYMPTÔMES	<p align="center">À SIGNALER SI :</p> <p align="center">Le jour : contactez vos personnes-ressources (p. 8 à 13). Le soir ou la nuit : Info-Santé 8-1-1 ou tout autre numéro d'urgence donné par l'équipe traitante.</p>	<p align="center">SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :</p>
<p>Fatigue</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue persistante depuis quelques jours • Fatigue nuisant à votre qualité de vie, vous empêchant de faire vos activités de tous les jours • Essoufflé à l'effort 	<ul style="list-style-type: none"> • Grande fatigue soudaine avec douleur dans la poitrine ou palpitations (sensation d'augmentation des battements du cœur), ou les deux
<p>Essoufflement (difficulté à respirer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à respirer • Plus essoufflé qu'à l'habitude • Essoufflement accompagné de toux avec ou sans crachats • Essoufflement vous empêchant de faire vos activités de tous les jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Essoufflement soudain avec douleur thoracique (à la poitrine) • Essoufflement soudain avec incapacité à parler ou à se coucher, ou les deux • Essoufflement avec fièvre de plus de 38° Celsius depuis une heure ou plus de 38,3° Celsius
<p>Anxiété</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété qui affecte votre humeur • Difficulté à penser clairement, à vous détendre • Anxiété vous empêchant de faire vos activités de tous les jours (familiales et sociales) • Difficulté à dormir, à vous concentrer, pleurs fréquents, perte d'intérêt, d'appétit 	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété accompagnée de tremblements, gorge serrée, difficulté à respirer • Crise de panique

SYMPTÔMES	<p style="text-align: center;">À SIGNALER SI :</p> <p style="text-align: center;">Le jour : contactez vos personnes-ressources (p. 8 à 13). Le soir ou la nuit : Info-Santé 8-1-1 ou tout autre numéro d'urgence donné par l'équipe traitante.</p>	<p style="text-align: center;">SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :</p>
<p>Somnolence (tendance à s'endormir facilement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolence vous empêchant de faire vos activités de tous les jours • Difficulté à rester éveillé 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté inhabituelle à réveiller la personne
<p>Insomnie (difficulté à dormir)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnie depuis trois jours • Insomnie non soulagée par la médication ou autres moyens • Insomnie vous empêchant de faire vos activités de tous les jours 	
<p>Engourdissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Picotement, engourdissement des mains ou des pieds ou non-perception du chaud ou du froid • Engourdissement non soulagé par la médication prescrite • Difficulté à marcher • Difficulté à tenir un objet 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté soudaine à marcher

SYMPTÔMES	<p style="text-align: center;">À SIGNALER SI :</p> <p style="text-align: center;">Le jour : contactez vos personnes-ressources (p. 8 à 13). Le soir ou la nuit : Info-Santé 8-1-1 ou tout autre numéro d'urgence donné par l'équipe traitante.</p>	<p style="text-align: center;">SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :</p>
Saignement	<ul style="list-style-type: none"> • Saignement de nez • Sang dans l'urine • Sang dans les selles • Sang dans les crachats • Présence de plusieurs ecchymoses (bleus) sur la peau 	<ul style="list-style-type: none"> • Saignement de nez continué malgré une pression pendant 10 minutes • Sang dans les vomissements • Pour les femmes : utilisation d'une serviette hygiénique ou plus à l'heure
Nausée (mal de cœur)	<ul style="list-style-type: none"> • Nausée <i>persistante</i> malgré la médication prescrite • Présence de vomissement • Nausée vous empêchant de prendre la médication prescrite 	
Vomissements	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 3 vomissements en 24 heures • Vomissements non soulagés par la médication ou autres moyens 	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissement à répétition vous empêchant de boire et de manger • Incapacité à garder aliments et liquides • Vomissement vous empêchant de prendre la médication prescrite • Vomissement de sang ou de liquide noir • Vomissement avec douleur <i>intolérable</i> au ventre • Vomissement avec céphalée (mal de tête) intolérable

SYMPTÔMES	<p align="center">À SIGNALER SI :</p> <p align="center">Le jour : contactez vos personnes-ressources (p. 8 à 13). Le soir ou la nuit : Info-Santé 8-1-1 ou tout autre numéro d'urgence donné par l'équipe traitante.</p>	<p align="center">SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :</p>
Diarrhée	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 3 selles liquides par jour • Diarrhée non soulagée par la médication prescrite • Sang dans les selles ou selles noires (comme du charbon) 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 10 diarrhées (selles liquides) par jour • Diarrhée avec douleur <i>intolérable</i> au ventre ou au rectum • Diarrhée avec fièvre de plus de 38° Celsius depuis une heure ou plus de 38,3° Celsius
Constipation	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune selle depuis 3 jours • Constipation non soulagée par la médication prescrite • Selles très dures avec difficulté à les évacuer • Mal de ventre ou crampe • Ventre gonflé ou ballonné • Absence de gaz 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt des selles depuis trois jours avec douleur intolérable au ventre, nausée (mal de cœur) et vomissement, ventre gonflé, sensation de ne plus avoir de gaz
Perte d'appétit	<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'appétit depuis plus de 3 jours • Perte de poids rapide 	

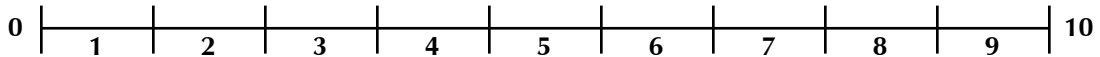
SYMPTÔMES	<p style="text-align: center;">À SIGNALER SI :</p> <p style="text-align: center;">Le jour : contactez vos personnes-ressources (p. 8 à 13). Le soir ou la nuit : Info-Santé 8-1-1 ou tout autre numéro d'urgence donné par l'équipe traitante.</p>	<p style="text-align: center;">SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :</p>
<p>Stomatite (rougeurs, ulcères dans la bouche)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rougeurs, ulcères dans la bouche avec douleur, difficulté à avaler et à manger • Douleur à la bouche non soulagée par la médication ou autres moyens 	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcères, rougeurs dans la bouche empêchant la prise de liquide, incluant les médicaments depuis plus de 24 heures • Lésions dans la bouche avec fièvre de plus de 38° Celsius depuis une heure ou plus de 38,3° Celsius
<p>Œsophagite, gastrite (douleur au tube digestif, à l'estomac)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur, brûlure dans la gorge, cou, poitrine, estomac • Difficulté à manger • <i>Régurgitation</i> de liquide dans la gorge, bouche • Œsophagite, gastrite non soulagée par la médication ou autres moyens 	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissement de sang
<p>Réaction cutanée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de rougeurs, éruptions (boutons), sécheresse, démangeaisons, sensibilité, peau qui fendille ou pèle, écoulement 	

9 SUIVI DES SYMPTÔMES À LA MAISON

Si vous le désirez, pour assurer un suivi des symptômes à la maison, voici un calendrier qui vous permettra de noter ceux-ci, de les évaluer sur une échelle de 0 à 10 et de voir quels moyens vous avez utilisés pour les soulager.

Lorsque vous vous présentez ou que vous appelez à la clinique, ayez ce relevé en main, il pourra aider le personnel médical à mieux cibler les interventions dont vous aurez besoin afin de soulager vos symptômes.

L'exemple d'échelle donné ci-dessous est celui de la douleur. Vous pouvez utiliser cette échelle pour tout autre symptôme que vous ressentez.



0 = Aucun symptôme

10 = Symptôme insupportable

Exemple : si vous ne ressentez pas de douleur, inscrivez 0 dans la case ci-dessous vis-à-vis de la date dans la colonne « Douleur » ; si vous ressentez une douleur insupportable, inscrivez 10. Faites la même chose pour les autres symptômes.

Inscrivez votre degré de perception du symptôme, selon l'échelle donnée ci-dessus, dans les cases appropriées.

Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour soulager le symptôme ?

Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour soulager le symptôme ?

Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour soulager le symptôme ?

10 LISTE DES MÉDICAMENTS

Souvent, la pharmacie de votre quartier ou encore la pharmacie de l'hôpital peut vous imprimer la liste des médicaments qui vous sont prescrits. **FAITES-EN LA DEMANDE ET GARDEZ LA LISTE DANS LA POCLETTE DE VOTRE PASSEPORT.**

Avant votre traitement de chimiothérapie, il est important de mentionner à votre médecin hématologue-oncologue et à votre pharmacien en oncologie toute substance autre qu'alimentaire (**PRODUITS NATURELS, VITAMINES ET AUTRES**) que vous consommez, même à l'occasion. Certaines de ces substances peuvent interagir avec vos médicaments de chimiothérapie, provoquant soit une diminution de l'efficacité du traitement, soit une augmentation des effets indésirables du traitement.

Indiquez ici toute substance, autre qu'alimentaire, que vous avez consommée dans les six derniers mois ou que vous consommez encore.

11 RENSEIGNEMENTS SUR LES RESSOURCES

La Fondation québécoise du cancer

Information, ressources et services, gratuits et confidentiels, pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, offerts par la Fondation québécoise du cancer au 1 800 363-0063 ou consultez le site Internet au **www.fqc.qc.ca**.

- Centre de documentation : Pour connaître les ressources, partout au Québec, le centre de documentation répertorie et garde à jour de multiples sources d'information écrites ou électroniques. Il vous envoie gratuitement la documentation, si vous le souhaitez.
- Portail Internet francophone d'information sur le cancer.
- Ligne Info-cancer : Pour répondre à vos questions.
- Service de jumelage téléphonique : pour parler à quelqu'un.
- Réseau d'hébergement à Montréal, à Trois-Rivières, à Sherbrooke et à Gatineau.

Un seul numéro : 1 800 363-0063, du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h. – Site Internet : www.fqc.qc.ca

La Société canadienne du cancer (SCC)

La Société canadienne du cancer offre plusieurs services pour soutenir et informer les personnes atteintes de cancer et leurs proches :

- Le Service d'information sur le cancer où des spécialistes en information ayant reçu une solide formation peuvent répondre, par téléphone ou par courriel, à vos questions et offrir une information de qualité ;
- Cancer J'écoute, un service personnalisé de jumelage entre une personne atteinte ou un proche avec un bénévole qualifié ayant vécu une expérience similaire ;
- Des groupes de soutien affectif, de visualisation et d'expression par les arts dans les 14 bureaux régionaux de la SCC ;
- De l'aide financière (transport, stationnement, soutien-gorge adapté, manchons, traitement préventif du lymphoedème, etc.) et de l'aide matérielle incluant le prêt de prothèses capillaires et le don de prothèses mammaires temporaires ;
- Une maison d'hébergement située à Montréal ;
- Des brochures faciles à comprendre sur de nombreux cancers et traitements ;
- Un répertoire des services disponibles dans votre communauté ;
- Un site Web documenté contenant, entre autres, les versions électroniques des brochures et une impressionnante encyclopédie médicale.

Un seul numéro : 1 888 939-3333 – Site Internet : www.cancer.ca

Leucan

Leucan a pour mission de favoriser le mieux-être, la guérison et le rétablissement des enfants atteints de cancer et de soutenir leur famille.

Tout en soutenant la recherche clinique et en appuyant les quatre centres d'oncologie pédiatrique du Québec, Leucan accompagne l'enfant et sa famille à toutes les étapes de la maladie et, lorsque nécessaire, dans le processus de deuil. Par ses nombreux services et programmes, elle prend soin de chacun des membres de la famille :

- Service d'accueil, de soutien et de suivi
- Aide financière
- Programme de massothérapie
- Service d'animation dans la plupart des centres d'oncologie pédiatrique du Québec
- Activités sociorécréatives, dont le camp Vol d'été Leucan-CSN
- Programme de sensibilisation scolaire
- Programme de suivi de deuil

Un seul numéro : 1 800 361-9643 – Site Internet : www.leucan.qc.ca

12 NOTES

Questions : _____

Notes : _____



ÉVALUATION DU PASSEPORT

Merci de nous aider à améliorer le passeport en donnant votre avis sur les affirmations suivantes :

1) Globalement, le passeport est utile.

Oui Non

2) Les informations sont complètes et je peux y inscrire tout ce qui m'est nécessaire pour participer activement à mon plan de traitement.

Oui Non

3) Les sections sont présentées dans un ordre logique.

Oui Non

4) La présentation générale du passeport est agréable.

Oui Non

5) Le passeport est facile à utiliser pour inscrire les informations et les consulter.

Oui Non

N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires et suggestions.

Commentaires _____

Merci de nous aider en postant l'évaluation du passeport à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de la lutte contre le cancer
1075, chemin Sainte-Foy, 7^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

ou en nous la faisant parvenir par courriel à :
passoportoncologie@msss.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux

Québec

