

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

.....

.....

.....

.....