

PARLEZ DE VOUS À VOTRE ÉQUIPE DE SOINS

Conseil : Étant donné que vos réponses seront sans aucun doute amenées à changer au fil du traitement et du temps, nous vous encourageons à remplir régulièrement cette liste de contrôle (avant chaque rendez-vous de suivi ou chaque visite de contrôle, par exemple).



VOTRE ESPRIT

Vieillessement en bonne santé

Quelles sont les activités que vous pratiquez pour maintenir votre santé mentale?

Oui

Non

1. Méditation
2. Exercice physique
3. Lecture ou livre audio
4. Musique ou balados
5. Un ou plusieurs loisirs
6. Instrument de musique
7. Télévision ou cinéma
8. Autre : _____



Vérification de la mémoire

Avez-vous l'un des symptômes suivants? ⁶

Oui

Non

1. Troubles de la mémoire qui affectent vos capacités quotidiennes
2. Difficulté à réaliser des tâches familières (préparer un repas, vous habiller, etc.)
3. Troubles de la communication (oubli de mots, utilisation de mots sans lien avec la conversation, etc.)
4. Tendance à oublier le jour de la semaine, à vous perdre dans un lieu familier
5. Incapacité à reconnaître quelque chose qui pourrait mettre votre santé et votre sécurité en danger
6. Troubles de la compréhension des nombres et des symboles (par exemple pour payer des factures)
7. Tendance à déplacer des objets ou à les mettre dans des endroits où ils n'ont pas lieu d'être (par exemple une chaussure au frigo)
8. Troubles de l'humeur ou du comportement
9. Perte d'intérêt pour votre famille, vos ami·e·s et vos activités préférées
10. Troubles de la vision (par exemple pour poser un verre sur une table)



Vérification de l'humeur et de l'anxiété

Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous déjà ressenti l'un des problèmes suivants?

À aucun moment Plusieurs jours Plus d'1 semaine Presque chaque jour

Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses

Grande tristesse, dépression, désespoir

Nervosité, anxiété, état de grande tension

Inquiétude incontrôlable et incessante

Diagnostics

Avez-vous déjà reçu l'un des diagnostics suivants?

Oui Non

1. Dépression
2. Anxiété
3. Trouble bipolaire
4. Schizophrénie
5. Trouble lié à l'usage de substances psychoactives
6. Trouble de stress post-traumatique (PTSD)
7. Démence ou maladie d'Alzheimer
8. Autre : _____



VOTRE MOBILITÉ

Vérification de la mobilité

Veillez répondre à ces deux questions :⁷

Oui

Non

1. Avez-vous des problèmes de santé ou physiques sous-jacents qui vous empêchent de facilement monter 10 marches ou marcher 500 mètres?
2. Avez-vous des problèmes de santé ou physiques sous-jacents qui vous ont obligé·e à changer votre façon de monter 10 marches ou de marcher 500 mètres? (Dans la méthode ou la fréquence)

Vérification de l'indépendance

Veillez répondre aux questions suivantes:⁸

Oui

Non

1. Avez-vous plus de 85 ans?
2. En général, avez-vous des problèmes de santé qui vous imposent de limiter vos activités?
3. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider de manière régulière?
4. En général, avez-vous des problèmes de santé qui vous imposent de rester chez vous?
5. Si vous avez besoin d'aide, y a-t-il quelqu'un de proche sur qui vous pouvez compter?
6. Utilisez-vous régulièrement une canne, un déambulateur ou un fauteuil roulant pour vous déplacer?



Vérification de l'indépendance

Veillez répondre aux questions suivantes:⁸

Oui

Non

7. Si vous avez des escaliers chez vous, arrivez-vous à les monter et descendre tout·e seule?
8. Avez-vous d'autres équipements spécialisés chez vous? (Barres d'appui, siège de toilette surélevé, tabouret de bain, etc.)

Vérification des fonctions corporelles

Avez-vous besoin d'aide pour vos activités courantes ou y a-t-il une personne qui en réalise certaines pour vous? :⁹

Oui

Non

1. Vous habiller
2. Manger
3. Vous déplacer
4. Aller aux toilettes
5. Vous doucher ou prendre un bain
6. Accomplir d'autres soins d'hygiène (brossage des dents, coiffure, etc.)
7. Magasiner
8. Réaliser les tâches ménagères (lessive, etc.)
9. Payer les factures



Vérification des fonctions corporelles

Avez-vous besoin d'aide pour vos activités courantes ou y a-t-il une personne qui en réalise certaines pour vous? :⁹

Oui

Non

10. Préparer à manger

11. Vous déplacer dans les transports

12. Prendre vos médicaments

Vérification des chutes

Oui

Non

Avez-vous déjà fait des chutes au cours de la dernière année? :⁹

Si vous avez déjà fait des chutes, précisez à quelle fréquence au cours de la dernière année. Les chutes se produisent-elles à un moment en particulier de la journée? Utilisez-vous un système d'alarme en cas de chute? Vous êtes-vous blessé·e à la suite d'une de ces chutes?

Veillez décrire vos chutes:



VOTRE SANTÉ

Évaluez votre santé :

Très
mauvaise

Mauvaise

Moyenne

Bonne

Excellente

Comparé à la santé d'autres personnes de votre âge, comment situez-vous votre santé?

Bien pire

Pire

À peu près
pareille

Meilleure

Bien
meilleure

Bilan médical

Avez-vous reçu un diagnostic pour l'un des problèmes de santé suivants?: ¹⁰

Hypertension

Arthrose

Maladie cardiaque

Maladie rénale

Diabète

Ostéoporose

Bronchopneumopathie
chronique obstructive (BPCO)

Asthme

Quels sont les autres problèmes de santé pour lesquels vous avez reçu un diagnostic?



VOS OBJECTIFS ET VOS PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS

Lorsque vous pensez à votre traitement contre le cancer, quels sont vos principaux objectifs? (Vivre plus longtemps, continuer de vivre à la maison, ne pas être une charge pour ma famille, avoir le moins d'effets secondaires possibles, avoir une meilleure qualité de vie, souffrir le moins possible, etc.)

Vérification des principales préoccupations

Veillez cocher les deux principales préoccupations que vous avez en lien avec votre traitement contre le cancer du sein :

Effets secondaires du traitement à court terme

Effets secondaires du traitement à long terme

Émotions liées au diagnostic de cancer du sein

Impact du traitement sur la possibilité de continuer à vivre chez vous

Impact du traitement sur votre qualité de vie

Survie

Autre : _____