

Joshuan SPADA (SPADA), homme
Né le 22/01/2000, à marseille
IPP : jspada

Parcours Test synthèses

J0 : 14/04/2025

Questionnaire : CC : Préparation à la consultation

du 14/04/2025 (J0)

À quel point avez-vous été gêné(e) par les manifestations suivantes : éruptions, démangeaisons diffuses ou localisées aux mains et aux pieds, perte de cheveux, dents fragiles, boutons d'acné, problèmes d'ongles, sécheresse de la peau, vergetures ...

Pas du tout

À quel point avez-vous été gêné(e) par les manifestations suivantes : perte d'appétit, perte de goût, nausées, vomissements, diarrhées, constipation, gaz, brûlures d'estomac, ballonnement, hoquet...

Assez

Depuis votre dernière consultation avec votre oncologue, avez-vous pris ou perdu du poids ?

Assez

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : gonflement des bras et des jambes; saignement ; ecchymoses; bleus ou hématomes; saignement du nez, etc. :

Beaucoup

À quel point avez-vous été gêné(e) par les manifestations suivantes : trouble de la vision, yeux larmoyants, sensibilité à la lumière, ...

Beaucoup

Depuis votre dernière consultation avec votre oncologue, avez-vous été fatigué ?

Un peu

Depuis votre dernière consultation avec votre oncologue, avez-vous eu de la toux ou des essoufflements ?

Assez

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : maux de tête, douleurs articulaires, douleur thoracique, musculaires et abdominale...

Un peu

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : troubles de la concentration, troubles de la mémoire...

Assez

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : malaise, fièvre, frissons, bouffées de chaleur, palpitation, etc...

Assez

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : fourmillement, troubles de la sensibilité, des mains ou des pieds, des extrémités, de la peau...

Un peu

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : perte d'audition, vertiges, bourdonnements oreille, modification de la voix...

Un peu

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : sécheresse, aphtes, difficultés à avaler...

Un peu

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : douleur, incontinence, difficultés à uriner, envie impérieuse ...

Un peu

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : perte de libido, sécheresse vaginale, écoulement vaginaux, règles irrégulières, absences de règles, troubles de l'érection, ...

Un peu

À quel point avez-vous été gêné(e) par les symptômes suivants : anxiété, découragement, tristesse, ...

Un peu

Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie familiale depuis votre dernière consultation avec votre oncologue ?

Un peu

Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités sociales (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...) depuis votre dernière consultation avec votre oncologue ?

Pas du tout

Si vous êtes en activité professionnelle, votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités professionnelles depuis votre dernière consultation avec votre oncologue ?

Pas du tout

Votre mobilité AUJOURD'HUI

Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied

Votre autonomie AUJOURD'HUI

Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)

Vos activités courantes AUJOURD'HUI (p. ex., travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes

Vos douleurs / votre gêne AUJOURD'HUI

J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)

Votre anxiété / dépression AUJOURD'HUI

Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI :

40

Prenez-vous des traitements anticancéreux oraux ?

Non

Fatigue

1.00

Vie sociale

0.00

Troubles digestifs

2.00

Troubles sexuels

1.00

Toux, essoufflement

2.00

Douleur

1.00

Troubles ORL	1.00
Fourmillement, trouble de la sensibiilité	1.00
Troubles de la circulation sanguine	3.00
Manifestations cutanées	0.00
Troubles buccaux	1.00
Trouble du sommeil, mémoire ou concentration	2.00
Troubles oculaires	3.00
Prise ou perte de poids	2.00
Troubles urinaires	1.00
Malaise, fièvre ou palpitation	2.00
Vie professionnelle	0.00
Votre santé aujourd'hui (échelle)	40.00
Troubles psychologiques	1.00
Vie familiale	1.00
Score qualité de vie	85.00

Questionnaire : Chirurgie : questionnaire de la veille

du 14/04/2025 (J0)

Alerte rouge

Comment vous sentez-vous ? : Mal

Avez vous de la fièvre ? : Oui

Avez-vous prévu un accompagnant pour le retour à domicile ? : Non

Reçue le 14/04/2025 à 15:54

Comment vous sentez-vous ?

Avez vous de la fièvre ?



Oui

Quelle est votre température ?

37°C

Avez-vous prévu un accompagnant pour le retour à domicile ?

Non

Avez-vous été testé pour le COVID-19 ?

Non