

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

## 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

Ce document a été généré automatiquement, le 14 avril 2025 à 15:55