

LOUISE SCHWARZINGERIN (SCHWARZINGER), femme  
Née le 21/09/1993, à Paris  
INS : 292097511362767  
IPP : Ischwarzinger

## CC : Préparation à la consultation

du 05/08/2025(J1)

Parcours 727 Parcours de test - Questionnaire rempli le 05/08/2025 09:56

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...

**Un peu**

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, ...

**Assez**

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 ?

**Pas du tout**

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

**Beaucoup**

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

**Un peu**

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...

**Pas du tout**

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

**Beaucoup**

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

**Assez**

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, ...

**Beaucoup**

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 ?

**Assez**

Votre mobilité AUJOURD'HUI

**Je suis incapable de me déplacer à pied**

Votre autonomie AUJOURD'HUI

**J'ai des problèmes sévères 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 modérés 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 ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)**

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI :

**77**

Prenez-vous des traitements anticancéreux oraux ?

**Oui**

Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?

**Oui**

Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?

**Non**

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

**Oui**

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

**Non**

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

**Oui**

Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

**Non**

Fatigue

**1.00**

Vie sociale

**0.00**

Troubles digestifs

**1.00**

Troubles sexuels

**1.00**

Toux, essoufflement

**0.00**

Douleur

**3.00**

Troubles ORL

**0.00**

Fourmillement, trouble de la sensibilité

**1.00**

Troubles de la circulation sanguine

**3.00**

Manifestations cutanées

**0.00**

Troubles buccaux

**3.00**

Trouble du sommeil, mémoire ou concentration

**1.00**

Troubles oculaires

**2.00**

Prise ou perte de poids

**2.00**

Troubles urinaires	<b>2.00</b>
Malaise, fièvre ou palpitation	<b>2.00</b>
Vie professionnelle	<b>2.00</b>
Votre santé aujourd'hui (échelle)	<b>77.00</b>
Troubles psychologiques	<b>3.00</b>
Vie familiale	<b>1.00</b>
Score - Girerd	<b>3.00</b>
Score qualité de vie	<b>50.00</b>