

MARINE DUBOIS (DUPONT), femme
Née le 01/04/1999, à
IPP : mdubois

CC : Préparation à la consultation

du 05/08/2025(J1)

Parcours 727 Parcours de test - Questionnaire rempli le 05/08/2025 18:23

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 ...

Assez

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. :

Un peu

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 ?

Un peu

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

Assez

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...

Un peu

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...

Assez

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, ...

Pas du tout

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

Pas du tout

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

Beaucoup

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 ?

Beaucoup

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 ?

Beaucoup

Votre mobilité AUJOURD'HUI

J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied

Votre autonomie AUJOURD'HUI

Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

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

Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Vos douleurs / votre gêne AUJOURD'HUI

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

Votre anxiété / dépression AUJOURD'HUI

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

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI :

19

Prenez-vous des traitements anticancéreux oraux ?

Oui

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

Non

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	3.00
Troubles digestifs	2.00
Troubles sexuels	0.00
Toux, essoufflement	1.00
Douleur	2.00
Troubles ORL	2.00
Fourmillement, trouble de la sensibilité	1.00
Troubles de la circulation sanguine	1.00
Manifestations cutanées	2.00
Troubles buccaux	1.00
Trouble du sommeil, mémoire ou concentration	1.00
Troubles oculaires	2.00
Prise ou perte de poids	2.00
Troubles urinaires	1.00

Malaise, fièvre ou palpitation	1.00
Vie professionnelle	3.00
Votre santé aujourd'hui (échelle)	19.00
Troubles psychologiques	0.00
Vie familiale	3.00
Score - Girerd	2.00
Score qualité de vie	20.00