

Évaluation de l'état général

1. Êtes-vous autonome ?

- a. Complètement
- b. >50% du temps
- c. <50% du temps
- d. Non

2. Sentez-vous une fatigue ?

- a. Permanente
- b. Quotidienne
- c. Occasionnelle
- d. Rarement
- e. Non

3. Votre appétit est conservé ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Répondre par échelle numérique (nbr de repas/jours)

4. Votre capacité de travail est-elle limitée ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Répondre par échelle numérique

5. Vos activités domestiques sont maintenues ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Répondre par échelle numérique

6. Avez-vous des plaintes ?

- a. Oui
- b. Non

- **État général altéré** : Symptômes décrits (fatigue, limitation de l'autonomie, des activités, du travail..) sont présents >50% du temps
- **État général conservé** : Symptômes décrits (fatigue, limitation de l'autonomie, des activités, du travail..) sont présents <50% du temps

Au terme des réponses :

- **Si état général altéré** : orienter le patient vers l'hôpital.
- **Si état général conservé** : rassurer, orienter le malade vers les autres rubriques si présence de plaintes.

Nausées/ Vomissements

1. Moment d'apparition ?

- a. Anticipé: Avant la cure de chimiothérapie
- b. Aigue: Les 24h premières heures
- c. Retardés: après les premières 24h sans limite de fin
- d. Réfractaires: persistants malgré un traitement bien mené

2. Nombre d'épisodes par 24h

- a. 1 épisode /24H
- b. 2-5 épisode /24H
- c. >6 épisodes par 24h

3. Durée par jours ?

- a. < 1 jour
- b. 1-3 jours
- c. >3 jours

4. Nbr de repas par jour ?

- a. Simple perte d'appétit
- b. >2 repas/ jour
- c. <2 repas/jour

5. Présentez-vous un de ses signes ?

- a. Obnubilation, désorientation neurologique
- b. Envie d'uriner moins fréquente
- c. Urines plus foncées que d'habitude
- d. Perte de poids

6. Est-ce qu'un traitement a été prescrit/administré ?

- a. Oui
- b. Non

7. S'améliorent sous traitement ?

- a. Oui
- b. Non

Mucites

1. Choisir l'image qui correspond au symptôme
2. Y-a-t-il une douleur associée ?
 - a. Oui
 - b. Non
3. La prise alimentaire est-elle modifiée ?
 - a. Pas de modifications
 - b. Modifications légères (affectant que certains types d'aliments)
 - c. Impossibilité de prise alimentaire orale

Diarrhées

1. Nbr de selles par jour ?
 - <4 selles / jour
 - 4 à 6 selles par jour
 - Plus de 7 selles/jour
2. Signes associés :
 - Fatigue importante
 - Sang dans les selles ?
 - Obnubilation, désorientation neurologique
 - Fièvre
 - Envie d'uriner moins fréquente
 - Urines plus foncées que d'habitude
3. Interfèrent avec la prise alimentaire
 - >2 repas/ jour
 - <2 repas/jour

Toxicité cutanée : Rash cutané, Mains et Pieds, Ongles, cheveux.

Rash cutané

1. Surface atteinte ?

- \leq de 10%
- Entre 10 et 30%
- $>30\%$

2. Signes associés:

- Prurit
- Douleur
- Fièvre

3. Signes de surinfection ? (présentées sous formes d'images)

- Oui
- Non

4. Impact sur activités quotidiennes ?

- Oui
- Non

Mains et pieds

1. Présence de douleur ?

- Oui
- Non

2. La sensibilité est atteinte ?

- Oui
- Non

3. Signes associés ?

- Ulcérations
- Bulles
- Œdème important

4. Impact sur les activités quotidiennes ?

- Absent
- Activités Instrumentales : loisirs, ménage, téléphone

- Activités élémentaires : se nourrir, Hygiène personnelle,
- Neuropathie périphérique**

1. Symptômes présents ?

- Picotements
- Fourmillements
- Dysethésies,
- Sensation de brûlure

2. Topographie de la neuropathie ?

- Palmo-plantaire
- Péri-buccale

3. Douleur associée ?

- Oui
- Non

4. Troubles moteurs (ex : difficulté à gravir les escaliers, difficulté de l'extension des doigts)

- Oui
- Non

Toxicité Oculaire

1. Symptômes ?

- Rougeur
- Larmolement,
- Œdème
- Sensation de picotement

2. Signes associés ?

- Baisse de l'acuité visuelle
- Fièvre