

Check-list d'inquiétudes - identifier vos inquiétudes

Nom/étiquette du/de la patient(e)

Intervenant(e) :

Date :

Numéro de contact :

Cette autoévaluation est facultative. Cependant, elle nous permettra de mieux comprendre les inquiétudes et questions que vous pouvez avoir. Elle nous permettra également d'identifier les renseignements et le soutien dont vous pourriez avoir besoin.

Si l'un des problèmes énoncés a récemment été source d'inquiétudes, et que vous souhaitez en discuter avec un intervenant, veuillez noter les inquiétudes de 1 à 10, 10 correspondant à la plus grande inquiétude. Laissez la case vierge si vous n'êtes pas concerné(e), ou si vous ne souhaitez pas en discuter pour le moment.

Inquiétudes physiques

- Troubles respiratoires
- Difficulté à uriner
- Constipation
- Diarrhée
- Ingestion, appétit ou goût
- Indigestion
- Déglutition
- Toux
- Douleur ou sécheresse buccale, ou ulcères
- Nausée ou vomissements
- Fatigue, épuisement ou lassitude
- Œdème
- Température élevée ou fièvre
- Difficulté à me déplacer (en marchant)
- Picotements dans les mains ou les pieds
- Douleur ou gêne
- Bouffées de chaleur ou sueurs
- Sécheresse cutanée, démangeaisons ou peau sensible
- Changements de poids
- Soins des plaies
- Mémoire ou concentration
- Troubles de la vue ou de l'ouïe
- Problèmes d'élocution ou vocaux
- Mon apparence
- Troubles du sommeil
- J'ai des questions au sujet de mon diagnostic, mon traitement ou des effets**

À remplir par l'intervenant(e)

- Sexualité, intimité ou fertilité
- Autres conditions médicales

Inquiétudes pratiques

- Prendre soin d'autres personnes
- Travail ou éducation
- Argent ou finances
- Voyages
- Logement
- Déplacements ou parking
- Élocution ou facilité à me faire comprendre
- Lessive ou tâches ménagères
- Faire les courses
- Me laver et m'habiller
- Préparation des repas ou de boissons
- Animaux de compagnie
- Difficultés à élaborer des plans
- Désaccoutumance au tabac
- Problèmes avec l'alcool ou des drogues
- Mes médicaments
- Inquiétudes émotionnelles**
- Incertitude
- Perte d'intérêt dans mes activités
- Impossibilité d'exprimer mes sentiments
- Penser au futur
- Regrets passés
- Colère ou frustration
- Copie donnée au patient

- Solitude ou isolement
- Tristesse ou dépression
- Sentiment de détresse
- Culpabilité
- Soucis, peur ou anxiété
- Indépendance

Inquiétudes familiales ou relationnelles

- Conjoint(e)
- Enfants
- Autres proches ou amis
- La personne qui s'occupe de moi
- La personne dont je m'occupe
- Inquiétudes spirituelles**
- Foi ou spiritualité

- Sens de la vie/but dans la vie

- Me sentir en accord avec ma culture, mes croyances ou mes valeurs

Renseignements ou soutien

- Exercice et activité
- Régime et nutrition
- Thérapies complémentaires
- Planification de mes priorités futures
- Rédaction d'un testament ou obtention de conseils juridiques
- Santé et bien-être
- Groupe de soutien au/à la patient(e) ou à l'aidant(e)
- Gestion de mes symptômes

- Copie à envoyer au médecin traitant