



**Guides de pratique d'évaluation à distance des symptômes
pour
les adultes suivant des traitements contre le cancer**

**De l'équipe pancanadienne de triage des symptômes et aide à distance en oncologie
(COSTaRS: Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support)**

Mars 2016

Table des matières

| | |
|---|----|
| Droits d’auteurs | 1 |
| Comité COSTaRS | 2 |
| Présentation et élaboration des guides de pratique d’évaluation | 3 |
| Guides de pratique | |
| Anxiété | 5 |
| Perte d’appétit | 7 |
| Saignements | 9 |
| Essoufflement/Dyspnée | 11 |
| Constipation | 13 |
| Dépression | 15 |
| Diarrhée | 17 |
| Fatigue | 19 |
| Neutropénie fébrile | 21 |
| Mucite buccale (stomatite) | 23 |
| Nausée et des vomissements | 25 |
| Douleur | 27 |
| Neuropathie périphérique | 29 |
| Réactions cutanées | 31 |
| Problèmes de sommeil | 33 |
| Exemple de formulaire d’évaluation générale..... | 35 |
| Références complètes | 36 |

Droits d'auteurs

Nous avons conçu les guides de pratique d'évaluation à distance des symptômes pour les adultes suivant des traitements contre le cancer du projet COSTaRS pour qu'ils puissent s'utiliser partiellement ou intégralement, selon les besoins. Il est donc permis de les reproduire sans permission, à condition de citer adéquatement leur source comme suit :

Guides de pratique d'évaluation à distance des symptômes pour les adultes suivant des traitements contre le cancer © 2016 D Stacey avec l'équipe pancanadienne de triage des symptômes et aide à distance en oncologie. École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ontario

Si vous traduisez ce matériel dans une langue autre que l'anglais ou le français, prière d'en informer Dawn Stacey, IA, PhD, Université d'Ottawa.

AVERTISSEMENT

Les guides de pratique d'évaluation à distance des symptômes pour les adultes suivant des traitements contre le cancer du projet COSTaRS sont conçus pour être utilisés par des infirmières dûment formées. Ils fournissent une orientation générale sur les tenants de la pratique, fondée sur une synthèse des lignes directrices pour la pratique clinique, et leur utilisation est assujettie au jugement clinique des infirmières autorisées au cas par cas. Ils excluent les lignes directrices de pratique clinique concernant les patients qui subissent une greffe de moelle osseuse, les besoins de ces patients étant très différents. Les guides de pratique d'évaluation à distance des symptômes pour les adultes suivant des traitements contre le cancer du projet COSTaRS sont conçus pour fournir l'information nécessaire à la prise de décision et ne tiennent pas lieu de règlement absolu. Les personnes qui utilisent ce document doivent déterminer elles-mêmes ce qui constitue des pratiques cliniques sécuritaires et appropriées dans les cas particuliers. Bien qu'ils aient tout fait pour faire en sorte que ce document reflète l'état des connaissances générales et le consensus des experts sur la pratique dans ce domaine à la date de publication, le comité d'orientation de COSTaRS et la Corporation du Partenariat canadien contre le cancer, qui a subventionné le projet original, n'offrent aucune garantie quant au contenu ou aux renseignements présentés dans ce document et déclinent toute responsabilité relativement aux erreurs ou omissions qui auraient pu s'y glisser, que celles-ci aient un caractère négligent ou autre.

Comité COSTaRS

Les membres du comité actuel

Présidente : Dawn Stacey RN, PhD CON(C), Université d'Ottawa, Ontario
Barbara Ballantyne RN, MScN, CON(C), CHPCN(C), Health Sciences North, Sudbury, Ontario
Meg Carley BSc, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Ontario
Kim Chapman Inf, MSc (N), Horizon Health Network, Nouveau-Brunswick
Greta Cummings Inf, PhD, Université d'Alberta, Alberta
Esther Green Inf, MSc (T), Partenariat canadien contre le cancer, Ontario
Doris Howell Inf, PhD, Université de Toronto, Ontario
Lynne Jolicoeur RN, MScN, CON(C), The Ottawa Hospital, Ontario
Craig Kuziemsky PhD, Ecole de gestion Telfer, Université d'Ottawa, Ontario
Gail Macartney, Inf (EC), PhD, ACNP, CON(C), Le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Katie Nichol Inf, MScN, CON(C), L'Hôpital d'Ottawa, Ontario
Amanda Ross-White BA, MLIS, Queen's University, School of Nursing, Kingston, Ontario
Brenda Sabo Inf, MA, PhD, Université de Dalhousie, Nouvelle-Écosse
Myriam Skrutkowski Inf, MSc, CON(C), Centre universitaire de santé McGill, Québec
Ann Syme Inf, MSN, PhD, Northern Health Authority, Colombie-Britannique
Joy Tarasuk RN, BScN, CON(C), Nova Scotia Cancer Center, Nouvelle-Écosse
Lucie Tardif RN, M.Sc, Centre universitaire de santé McGill, Québec
Tracy Truant Inf, MSN, PhD(c), Université de Colombie-Britannique, Colombie-Britannique

Membres du comité original (2012-2016)

| | |
|---|---|
| Dawn Stacey RN, PhD CON(C), Université d'Ottawa, Ont. | Craig Kuziemsky PhD, Université d'Ottawa, Ont. |
| Debra Bakker RN, PhD, Université Laurentienne, Ont. | Gail Macartney RN(EC), PhD, ACNP, CON(C), Queen's U, Ont. |
| Lorna Butler RN, PhD, University of Saskatchewan, Sask. | Katie Nichol RN, MScN(c), CON(C), Université d'Ottawa, Ont. |
| Kim Chapman RN, MSc (N), Horizon Health Network, N.-B. | Brenda Sabo RN, MA, PhD, Dalhousie University N.-É |
| Dauna Crooks RN, DNSc, University of Manitoba, Man. | Myriam Skrutkowski RN, MSc, CON(C), CUSM, Qc |
| Greta Cummings RN, PhD, University of Alberta, Alb. | Ann Syme RN, MSN, PhD, University of Victoria, C.-B. |
| Esther Green RN, MSc (T), Cancer Care Ontario, Ont. | Carolyn Tayler RN, BN, MSA, CON(C), Fraser Health, C.-B. |
| Doris Howell RN, PhD, University of Toronto, Ont. | Tracy Truant RN, MSN, PhD (c), University of BC, C.-B. |

Equipe de CAN-IMPLEMENT©, Partenariat Canadien Contre le Cancer, Queen's University, School of Nursing

| | |
|---|----------------------------|
| Chef d'équipe : Margaret Harrison RN, PhD | Victoria Donaldson BA |
| Val Angus BA | Janice McVeety RN, MHA |
| Meg Carley BSc | Amanda Ross-White BA, MLIS |
| Kirsten Dean RN, BA, BScN | Joan van den Hoek BNSc |

Présentation et élaboration des guides de pratique d'évaluation

La gestion des symptômes liés au traitement du cancer est un enjeu sécuritaire important, étant donné que ces symptômes comportent une menace pour la vie et qu'ils se manifestent souvent lorsque le patient est à la maison. Au Canada, plus de 50 % des infirmières en oncologie prodiguent du soutien à distance (par téléphone ou par courriel).^{1,2} Bien que la prestation de services téléphoniques d'excellente qualité nécessite l'utilisation de guides de pratique d'évaluation des symptômes afin de réduire le risque, l'accès à ces guides de pratique varie, tout comme leur application.^{1,2} En 2008, avec l'aide du Partenariat canadien contre le cancer, nous avons élaboré 13 guides de pratique d'évaluation des symptômes, un comité pancanadien où huit provinces étaient représentées.

Pour rédiger ces guides de pratique, nous avons adopté une approche systématique encadrée par la méthodologie CAN-IMPLEMENT^{® 3-5}.

1. Nous avons mis sur pied un comité pancanadien du programme Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS). Il se compose de chercheurs, d'un chercheur en systèmes informatiques, d'un bibliothécaire, d'une infirmière en pratique avancée et de chefs de file en soins infirmiers.
2. Pour *chaque symptôme*, nous avons effectué une revue systématique de la littérature afin de recenser les lignes directrices pour la pratique clinique publiées au cours des cinq dernières années. Deux de ces lignes directrices (fatigue et anxiété/dépression) avaient été rédigées par des comités pancanadiens à la suite de démarches rigoureuses^{6,7}. Ces documents constituent une synthèse des meilleures données probantes disponibles; ils servent à soutenir la prise de décision dans la pratique médicale et l'élaboration de politiques en matière de santé⁸. Néanmoins, les documents identifiés ne convenaient pas à un contexte d'aide à distance.
3. Nous avons élaboré 13 guides de pratique d'évaluation de symptômes, à partir des lignes directrices de pratique clinique recensées (entre 1 et 7 documents par guide de pratique, médiane de 3). En tout, nous avons recensé >40 lignes directrices de pratique, dont nous avons évalué la qualité à l'aide de l'instrument AGREE (les notes pour la rigueur variaient entre 8 % et 87 %)⁹. Plus la note pour la rigueur est élevée, plus nous sommes convaincus qu'on a tenu compte des biais possibles dans l'élaboration de la ligne directrice et plus nous sommes convaincus de sa validité (interne et externe) et de son applicabilité en pratique¹⁰. Pour élaborer les guides de pratique, nous avons respecté les principes suivants :
 - répondre aux critères de la sous-échelle « rigueur » d'AGREE (lignes directrices explicites, liées à des données probantes, fondées sur une revue systématique et validées par des experts);
 - ajouter les questions pertinentes provenant de l'Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), un instrument de triage utilisé couramment dans les programmes canadiens pour identifier les symptômes des patients cancéreux^{11,12};
 - améliorer l'applicabilité du guide de pratique au contexte d'une aide à distance sur les symptômes et prévoir son intégration à un dossier médical électronique;
 - utiliser un langage clair qui facilitera la communication entre les infirmières utilisant ces guides de pratique, les patients et leur entourage (moyenne de lisibilité de 69, (primaire=50-89; www.scolarius.com)).

Chaque guide de pratique d'évaluation des symptômes fait cinq recommandations à l'infirmière : a) évaluer la gravité du symptôme; b) trier le patient (gestion du symptôme) en fonction de la gravité la plus élevée; c) vérifier la médication prise pour le symptôme; d) vérifier les stratégies d'autogestion (présentées en utilisant des techniques d'entrevue motivationnelle¹³); e) résumer et documenter le plan d'action convenu avec le patient.

4. Nous avons testé l'applicabilité des guides de pratique auprès d'infirmières en oncologie, ce qui nous a permis de découvrir qu'ils sont faciles à lire, qu'ils fournissent la quantité idéale d'information, qu'ils utilisent les termes appropriés, qu'ils sont susceptibles de bien s'intégrer au déroulement du travail clinique et qu'ils proposent d'excellentes stratégies d'autogestion.
5. Nous avons demandé à des experts en oncologie répartis à travers le pays de passer en revue les 13 guides de pratique. Ils ont validé leur contenu et souligné le besoin pour chaque établissement de les adapter et de les intégrer aux approches actuellement utilisées pour gérer l'évaluation à distance des symptômes.

6. En mars 2013, nous avons ajouté aux guides de pratique des données probantes issues d'un examen systématique des articles publiés jusqu'à la fin de décembre 2012. Nous avons demandé aux membres du comité COSTaRS de passer en revue les 13 guides de pratique ainsi mis à jour.
7. En 2013-2015 s'est déroulée une étude financée par IRSC afin d'évaluer la mise en application des guides de pratique dans trois services d'oncologie de l'Ontario, du Québec et des provinces atlantiques.
8. Grâce au financement de la Société canadienne du cancer (#703679), en janvier 2016, nous avons ajouté aux guides de pratique des données probantes issues d'un examen systématique des articles publiés jusqu'en août 2015. De plus, nous avons ajouté deux guides : l'un pour la douleur, l'autre pour les problèmes de sommeil. Nous avons aussi supprimé les cotes de rigueur AGREE, celles-ci n'étant pas disponibles pour toutes les lignes directrices. Nous avons changé les cotes des données probantes pour qu'elles traduisent l'efficacité de la médication (efficace, probablement efficace, avis d'expert). Les membres actuels du comité COSTaRS ont passé en revue les 15 guides de pratique; on trouvera au <http://www.ktcanada.ohri.ca/costars/> un sommaire des changements apportés en 2016.

En résumé, nous avons élaboré 15 guides de pratique conviviaux d'évaluation à distance des symptômes en nous fondant sur une synthèse des meilleures données probantes disponibles², puis nous les avons fait valider par des infirmières en oncologie et nous les avons rédigés dans une langue simple, afin d'en faciliter l'utilisation auprès des patients. Maintenant disponibles, ces guides de pratique peuvent servir aux pratiques courantes d'aide à distance.

Les références :

- (1) Stacey D, Bakker D, Green E, Zanchetta M, Conlon M. Ambulatory oncology nursing telephone services: A provincial survey. *Canadian Oncology Nursing Journal* 2007;17 (4):1-5.
- (2) Macartney G, Stacey D, Carley M, Harrison M. Priorities, Barriers and Facilitators for Remote Support of Cancer Symptoms: A Survey of Canadian Oncology Nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal* 2012;22 (4):235-240. Priorités, obstacles et facilitateurs concernant le traitement à distance des symptômes du cancer: enquête après des infirmières en oncologie du Canada. P 241-47.
- (3) Harrison MB, Legare F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Canadian Medical Association Journal* 2010;182 (2): E78-E84.
- (4) Harrison MB, van den Hoek J, for the Canadian Guideline Adaptation Study Group. CAN-IMPLEMENT©: A Guideline Adaptation and Implementation Planning Resource. Kingston, Ontario: Queen's University School of Nursing and Canadian Partnership Against Cancer; 2012.
- (5) Stacey D, Macartney G, Carley M, Harrison MB, COSTaRS. Development and evaluation of evidence-informed clinical nursing protocols for remote assessment, triage and support of cancer treatment-induced symptoms. *Nurs Res Pract* 2013;2013:171872.
- (6) Howell D, Currie S, Mayo S et al. A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology; 2009.
- (7) Howell D, Keller-Olaman S, Oliver TK et al. A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Cancer-Related Fatigue in Adults with Cancer. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Advisory Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology; 2011.
- (8) Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implementation Science* 2011;6 (26):1-11.
- (9) The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org; 2001.
- (10) Brouwers M, Kho ME, Browman GP et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Canadian Medical Association Journal* 2010;182 (10): E472-E478.
- (11) Barbera L, Seow H, Howell D et al. Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. *Cancer* 2010;116 (24):5767-5776.
- (12) Nekolaichuk C, Watanabe S, Beaumont C. The Edmonton Symptom Assessment System: a 15-year retrospective review of validation studies (1991-2006). *Palliative Medicine* 2008;22 (2):111-122.
- (13) Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)*. New York: Guilford Press; 2002.

Guide de pratique d'évaluation de l'anxiété

Anxiété : Réaction émotive ou physiologique, allant d'une réaction normale à un dysfonctionnement extrême, à des événements connus ou inconnus. Elle peut affecter la prise de décision, le respect du traitement, le fonctionnement ou la qualité de vie; nervosité; inquiétude; crainte; appréhension.³

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

1. Évaluation du degré d'anxiété (données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous l'anxiété que vous éprouvez?

Pas d'anxiété 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire anxiété possible^{1(ESAS)}

Vivez-vous des choses qui vous rendent plus anxieux? (Événements, nouvelle information sur le cancer ou le traitement, soucis financiers)? Oui Non Si oui, décrivez : _____

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ¹⁻³ | 1 - 3 | <input type="checkbox"/> | 4 - 6 | <input type="checkbox"/> | 7 - 10 | <input type="checkbox"/> |
|---|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Êtes-vous la proie d'attaques de panique, d'épisodes de peur subite, de malaise ou d'inquiétude intense? ^{2,3} Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| L'anxiété interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes à la maison ou au travail? À quel degré? ^{2,3} Décrivez. | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| L'anxiété nuit-elle à votre sommeil? À quel degré? ^{2,3} | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| L'un ou l'autre des facteurs suivants s'applique-t-il à votre cas? <input type="checkbox"/> Femme, <input type="checkbox"/> En attente de résultats d'examen, <input type="checkbox"/> Soucis financiers, <input type="checkbox"/> Historique d'anxiété ou de dépression, <input type="checkbox"/> Jeune (< 30 ans), <input type="checkbox"/> Sevrage d'alcool/drogue, <input type="checkbox"/> Vivre seul, <input type="checkbox"/> Enfants à charge <input type="checkbox"/> Maladie récurrente ou avancée, <input type="checkbox"/> Pas d'activité physique, <input type="checkbox"/> Traitement complété récemment ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | Quelques-uns | <input type="checkbox"/> | Plusieurs | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous (facteurs de risque de l'anxiété liés aux symptômes) ³ : <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Essoufflement, <input type="checkbox"/> Douleur, <input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil, <input type="checkbox"/> Autre Si oui, consultez le guide de pratique du symptôme approprié. | Non | <input type="checkbox"/> | Quelques-uns | <input type="checkbox"/> | Plusieurs, dont 1 ou plus jugé sévère | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu des pensées récurrentes de mort, des pensées qui vous inciteraient à vous faire du mal à vous-mêmes ou à autrui? ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |



Léger
(vert)



Modéré
(jaune)



Sévère
(rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.

Si risque de se blesser ou de blesser autrui, recommander immédiatement une évaluation plus approfondie.
 Sinon, référez pour des soins médicaux non urgents.
 Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires:

3. Vérification de toute la médication du patient pour l'anxiété (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour l'anxiété* | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|--|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Benzodiazépines : lorazépam (Ativan [®]), diazépam (Valium [®]), alprazolam (Xanax [®]) ^{2,3} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | ISRS : fluoxétine (Prozac [®]), sertraline (Zoloft [®]), paroxétine (Paxil [®]), citalopram (Celexa [®]), fluvoxamine (Luvox [®]), escitalopram (Lexapro [®]) ^{2,3} | | Avis d'expert |

*L'usage des médicaments devrait se fonder sur la gravité de l'anxiété et le risque d'interaction avec les autres médicaments.²

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|--|
| 1. | | | Quel est votre objectif lorsque vous devez gérer votre anxiété? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous êtes anxieux, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur votre cancer ou votre traitement, cela calmerait-il vos inquiétudes? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. ^{2,3} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela calmerait-il vos inquiétudes? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. ^{2,3} |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous fait part de vos inquiétudes et de vos préoccupations à votre professionnel de la santé? ³ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Que faites-vous comme activité physique, en incluant le yoga? ^{2,3} |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous partie de groupes d'aide ou avez-vous des amis ou de la famille sur qui compter? ^{2,3} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé la relaxation, les techniques de respiration, l'écoute de musique, la visualisation? ^{2,3} |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé les massages thérapeutiques, avec ou sans aromathérapie? ³ |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé une thérapie, comme la thérapie cognitivo-comportementale, la réduction du stress par la pleine conscience ou eu des consultations individuelles afin de vous aider à gérer l'anxiété et la résolution de problèmes? ^{2,3} |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro #: À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

1. References: 1. Bruera E, et al. (1991); 2. Howell D, et al. (2015); 3. ONS-PEP Anxiety (2015). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la perte d'appétit

Nom
date de naissance
Sexe

Anorexie : Perte d'appétit involontaire^{1,3}; manquer d'appétit, ne pas avoir faim.

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la perte d'appétit (données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous votre appétit?

Très bon appétit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire appétit possible^{4(ESAS)}

À quel point votre manque d'appétit vous inquiète-t-il?³

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|--------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ^{2,4} | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) ³ | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Au cours des 24 dernières heures, quelle quantité d'aliments avez-vous mangée et bue (à chaque repas, comparativement à ce que vous mangez et buvez normalement)? ³ | Un peu | <input type="checkbox"/> | À peine | <input type="checkbox"/> | Rien du tout | <input type="checkbox"/> |
| Votre perte d'appétit peut-elle s'expliquer par : ³ <input type="checkbox"/> Une chirurgie ou un traitement récent <input type="checkbox"/> Une nouvelle médication <input type="checkbox"/> D'autres symptômes, décrivez : | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, certains | <input type="checkbox"/> | Oui, plusieurs | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? ³ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| Votre manque d'appétit interfère-t-il avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ³ Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous perdu du poids depuis 4 semaines sans effort de votre part? ³ Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain | 0-2,9% | <input type="checkbox"/> | 3-9,9% | <input type="checkbox"/> | ≥10% | <input type="checkbox"/> |



Léger
(vert)



Modéré
(jaune)



Sévère
(rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1 ligne directrice)³

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.

Si la perte d'appétit est stabilisée, passez en revue les autosoins.
 Si la perte d'appétit est nouvelle, référez pour des soins médicaux d'urgence.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la perte d'appétit (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2 lignes directrices)^{1,2}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour la perte d'appétit | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|---|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mégesterol (Megace [®]) ^{1,2} | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Corticostéroïdes* : dexaméthasone (Decadron [®]), prednisone ¹ | | Efficace |

* Les bienfaits des corticostéroïdes sont de courte durée. Leur usage prolongé est associé à d'importants effets toxiques. Le cannabis et les cannabinoïdes ne sont pas recommandés.¹

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 3 lignes directrices)¹⁻³

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|--|
| 1. | | | Que visez-vous au chapitre de l'amélioration de votre appétit? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous n'avez pas faim, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de manger 5 à 6 petits repas par jour? ³ |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez plus faim, essayez-vous de manger plus? ³ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de manger des aliments qui sont plus élevés en protéines et en calories, comme du fromage, du yogourt, des œufs et des laits frappés? ³ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Êtes-vous en mesure d'obtenir des provisions et d'aider à préparer vos repas (accès à la nourriture, ressources financières)? Si la préparation des repas pose problème, demandez l'aide d'amis ou de parents, ou achetez des aliments prêt-à-servir. ³ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Buvez-vous des boissons énergiques ou protéinées (Ensure, Glucerna, Boost)? ^{1,3} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demeurez-vous aussi actif que possible (marche de 15 à 20 minutes 1 à 2 fois par jour; marche de 30 à 60 minutes 3 à 5 fois par semaine) ² |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous parlé à une diététiste? ¹⁻³ |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. ONS-PEP Anorexia (2015); 2. Dy SM, et al. (2008); 3. Cancer Care Ontario (2012); 4. Bruera E, et al. (1991). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation des saignements

Saignements : perte de sang, ecchymose ou pétéchie pouvant résulter d'une baisse en quantité ou en qualité fonctionnelle des plaquettes, d'une altération des facteurs de coagulation, d'un syndrome paranéoplasique ou de plusieurs de ces causes¹, hémorragie.

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

1. Évaluation de la gravité des saignements (données probantes : 1 ligne directrice)¹

D'où saignez-vous? _____ Quelle quantité avez-vous perdue? _____

À quel point cela vous inquiète-t-il?

Pas inquiet 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|--------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Comment qualifieriez-vous votre saignement? ¹ | Mineur | <input type="checkbox"/> | Modéré | <input type="checkbox"/> | Énorme | <input type="checkbox"/> |
| Note accordée par le patient (ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous des ecchymoses? ¹ | Non | <input type="checkbox"/> | Quelques-unes | <input type="checkbox"/> | Généralisé | <input type="checkbox"/> |
| Votre sang a-t-il eu de la difficulté à coaguler? <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? ¹ <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il du sang dans... <input type="checkbox"/> Vos selles? Sont-elles noires? ¹ <input type="checkbox"/> Votre urine? <input type="checkbox"/> Vos vomissures (ou ressemblent-elles à du café moulu)? ¹ <input type="checkbox"/> Vos mucosités ou vos crachats, lorsque vous toussiez? ¹ <input type="checkbox"/> Autre | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Seulement les femmes : Vos menstruations s'accompagnent-elles de saignements plus abondants? ¹ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| Connaissez-vous votre dernier décompte de plaquettes? ¹ Date : <input type="checkbox"/> Incertain | ≥ 100 | <input type="checkbox"/> | 20-99 | <input type="checkbox"/> | < 20 | <input type="checkbox"/> |
| Prenez-vous des médicaments qui font augmenter les risques de saignement, comme l'acide acétylsalicylique [Aspirin], la warfarine (Coumadin), l'héparine, la daltéparine (Fragmin), la tinzaparine (Innohep), AINS (Advil, Naprosyn), l'énoxaparine (Lovenox) ou l'apixaban (Eliquis)? | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, acide acétylsalicylique | <input type="checkbox"/> | Oui, autres anticoagulants | <input type="checkbox"/> |
| S'il s'agit de warfarine, connaissez-vous votre dernière numération globulaire INR? ¹ Date : <input type="checkbox"/> Incertain | | | | | | |



Léger
(vert)



Modéré
(jaune)



Sévère
(rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1 ligne directrice)¹

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures.

Référez pour des soins médicaux d'urgence

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification des médicaments/traitements du patient contre les saignements (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 3 lignes directrices)^{1,2,3}

| Usage actuel | Exemples de médicaments qui intensifient les saignements | Notes (ex. : dose, suggérez de suivre la prescription) | Données probantes |
|--------------------------|--|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Transfusion plaquettaire pour thrombocytopénie ^{1,3} | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Mesna oralement ou en IV pour prévenir la cystite avec saignement ^{1,2} | | Efficace |

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 1 ligne directrice)¹

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|-----------------------------|---|------------------------------|--|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de vos saignements? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous saignez, avez-vous essayé d'appliquer une pression directe pendant 10 à 15 minutes? ¹ |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé un sac de glace (« ice pack »)? ¹ |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous avez un pansement, saignez-vous lorsqu'on le change? Si oui, avez-vous essayé de réduire la fréquence des changements et d'utiliser une solution saline pour retirer le pansement pour éviter qu'il colle aux tissus? ¹ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour contrôler le saignement d'une plaie, utilisez-vous un pansement spécial (ex. : compresse antiadhésive, pansement médicamenteux, pansement avec mèche)? ¹ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. ¹ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous discuté, avec un pharmacien ou un médecin, des effets possibles de vos médicaments sur les saignements? |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. ONS-PEP Prevention of Bleeding (2015); 2. Hensley ML, et al. (2009); 3. Estcourt L, et al. (2012).
(Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de l'essoufflement/de la dyspnée

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

Dyspnée : Expérience subjective décrite comme une gêne respiratoire d'intensité variable.¹⁻⁴ Elle est parfois décrite comme une difficulté à respirer, une sensation d'étouffement ou d'oppression dans la poitrine, une incapacité à reprendre son souffle (être à bout de souffle ou avoir le souffle coupé).

1. Évaluation de la gravité de la dyspnée (Données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous votre difficulté à respirer?

Aucun essoufflement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire essoufflement possible^{5 (ESAS)}

À quel point cette difficulté à respirer vous inquiète-t-elle?

Pas inquiet du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ^{3,5} | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (ci-dessus) ² | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Quel est votre degré d'activité au moment où cette difficulté à respirer survient? | Activité modérée | <input type="checkbox"/> | Activité légère | <input type="checkbox"/> | Au repos | <input type="checkbox"/> |
| Lorsque vous parlez, faites-vous une pause toutes les 5 à 15 secondes? ³ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous respirez? ³ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Votre respiration est-elle bruyante, sifflante ou embarrassée? ³ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Vous êtes-vous éveillé avec une soudaine difficulté à respirer? ³ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Faites-vous de la fièvre? (> 38° C) ³ <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui, avec essoufflement | <input type="checkbox"/> |
| Votre difficulté à respirer interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? (Décrivez). | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |

1 Léger (vert)

2 Modéré (jaune)

3 Sévère (rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1 ligne directrice)³

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. | <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. <input type="checkbox"/> Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures. | <input type="checkbox"/> Référez pour des soins médicaux d'urgence. |
|---|--|---|

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la dyspnée (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 3 lignes directrices)¹⁻³

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour les difficultés respiratoires* | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|---|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oxygène ^{1,2} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Opioides à action rapide, à prise orale ou parentérale : morphine (Statex [®]), hydromorphone (Dilaudid [®]), Fentanyl ¹⁻³ | | Efficace |

* L'oxygène palliatif n'est pas recommandé.¹

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 3 lignes directrices)^{1,3,4}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de vos épisodes d'essoufflement? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez de la difficulté à respirer, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé d'utiliser un ventilateur ou d'ouvrir une fenêtre pour augmenter la circulation de l'air sur votre visage? ¹ |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé d'abaisser la température dans votre domicile? ^{1,3} |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de vous reposer en position assise afin de faciliter votre respiration? ^{1,3} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous divers exercices de respiration et de relaxation (ex. : respiration diaphragmatique, respiration lèvres pincées)? ^{1,3,4} |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous disposez d'un fauteuil roulant, d'oxygène portatif ou d'un autre dispositif d'aide à la marche, vous en servez-vous pour vous aider à faire les activités qui rendent votre respiration difficile? ^{1,4} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous éprouvez de la difficulté à manger, prenez-vous des suppléments nutritifs? ¹ |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. ^{1,3} |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé une thérapie comme la thérapie cognitivo-comportementale (relaxation, visualisation) pour vous aider à gérer vos difficultés respiratoires? ^{1,3} (Cela peut diminuer l'inquiétude anticipée en lien avec la dyspnée d'effort.) |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. ONS-PEP Dyspnea (2014); 2. Dy SM, et al. (2008); 3. Cancer Care Ontario (2010); 4. Bausewein C, et al. (2008); 5. Bruera E, et al. (1991). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la constipation

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

Constipation : Réduction de l'évacuation de selles formées, caractérisée par des selles plus dures et plus difficiles à évacuer.^{1,2}

1. Évaluation de la gravité de la constipation (données probantes : 2 lignes directrices)^{1,2}

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre constipation?

Aucune constipation 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire constipation possible^{3(ESAS)}

À quel point cette constipation vous inquiète-t-elle?²

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ³ | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) ² | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Combien de jours de retard depuis votre dernière selle (comparer avec les habitudes normales)? ^{1,2} | ≤ 2 jours | <input type="checkbox"/> | 3 jours ou plus | <input type="checkbox"/> | 3 jours ou plus avec médication | <input type="checkbox"/> |
| Comment décririez-vous vos selles (couleur, fermeté, odeur, quantité, sang, doit forcer pour déféquer; difficiles à évacuer)? ² | | | | | Saignement (énorme) | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous des douleurs au ventre? ² Décrivez. | Non/léger 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modéré 4-6 | <input type="checkbox"/> | Grave 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous l'impression que votre ventre est gonflé? ^{2,4} <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous beaucoup de gaz? ^{2,4} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous l'impression que votre rectum ne se vide pas lorsque vous allez à la selle? Avez-vous des hémorroïdes? ^{2,4} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| Prenez-vous des médicaments qui peuvent provoquer la constipation? ² | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous récemment subi une chirurgie abdominale? ¹ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Souffrez-vous d'autres symptômes? <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissements ^{1,2} <input type="checkbox"/> Perte d'appétit ^{1,2} <input type="checkbox"/> Symptômes urinaires (pertes, impression de ne pas pouvoir vider votre vessie) ² | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Votre constipation interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ² Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |

1 Léger (vert)

2 Modéré (jaune)

3 Sévère (rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : avis d'experts)

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures.

Référez pour des soins médicaux d'urgence

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la constipation (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2 lignes directrices)^{1,2}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour la constipation* | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|---|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Senosides oral (Senokot [®]) ^{1,2} | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Bisacodyl (Dulcolax [®]) ^{1,2} et/ou lactulose ^{1,2} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Suppositoires** (Dulcolax [®] /bisacodyl, glycérine) ^{1,2} ou lavement ² | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Picosulfate de sodium - oxyde de magnésium - acide citrique ² | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Polyéthylène glycol (PEG; RestoaLAX [®] , Lax-a-day [®]) ^{1,2} | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Injection de méthylaltréxone si causé par des opioïdes ¹ | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Docosate sodique (Colace [®]) ^{1,2} | | Probablement efficace |

*Considérez la possibilité d'une constipation due aux opioïdes. Le Fentanyl et l'oxycodone+naloxone provoquent moins de constipation.

¹ ** Vérifiez la formule sanguine avant d'utiliser des suppositoires.

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 2 lignes directrices)^{1,2}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|--|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de votre constipation? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous êtes constipé, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. ² Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quelles sont vos habitudes d'élimination? Renforcez si pertinent. ^{1,2} Précisez : |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire 6 à 8 verres de liquides, surtout tièdes ou chauds, par jour? ^{1,2} |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous augmenté l'apport en fibres à votre alimentation à 25 g/jour? (Adéquat uniquement en présence d'une consommation adéquate de liquides [1 500 ml/jour] et d'activité physique.) ^{1,2} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mangez-vous des fruits laxatifs (dattes et pruneaux dénoyautés, figes, nectar de pruneaux)? ² |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demeurez-vous actif autant que possible? (Ex. : 15 à 20 minutes de marche 1 à 2 fois par jour; 30 à 60 minutes 3 à 5 fois par semaine.) ² |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous accès facilement à une toilette ou à une chaise d'aisance ^{1,2} , ainsi qu'aux dispositifs d'aide dont vous avez besoin (siège de toilette surélevé)? Si possible, évitez de recourir à une baignoire. ¹ |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Évitez-vous le sirop de maïs non stérilisé et l'huile de ricin? ¹ (Le sirop de maïs est parfois source d'infection; l'huile de ricin peut provoquer des crampes sévères.) |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous présentez un nombre de neutrophiles bas, essayez-vous d'éviter les examens rectaux, les suppositoires et les lavements? ¹ |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous parlé de votre constipation avec un médecin, un pharmacien ou un diététiste? ^{1,2} |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoins numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. ONS-PEP Constipation (2015); 2. Cancer Care Ontario (2012); 3. Bruera E, et al. (1991); 4. NIH-NCI (2010). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la dépression

Dépression : Gamme de sentiments et d'émotions allant d'une tristesse normale à chronique, affect émotif déprimé, sentiment de désespoir, irritabilité, sentiment d'impuissance.³

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la dépression (données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point vous sentez-vous déprimé?

Aucune dépression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire dépression possible^{1(ESAS)}

Avez-vous des soucis qui vous dépriment (ex. : événements récents, nouvelles données sur le cancer et son traitement, tracas financiers)? Oui Non Précisez : _____

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ¹⁻³ | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
|---|-------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Avez-vous été déprimé ou avez-vous ressenti une perte de plaisir pendant 2 semaines ou plus? ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, à l'occasion | <input type="checkbox"/> | Oui, tout le temps | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous vécu l'une ou l'autre des conditions suivantes pendant 2 semaines ou plus? <input type="checkbox"/> Sentiment d'inutilité, <input type="checkbox"/> sommeil insuffisant ou excessif, <input type="checkbox"/> sentiment de culpabilité, <input type="checkbox"/> prise ou perte de poids, <input type="checkbox"/> incapacité à réfléchir ou se concentrer ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, quelques-unes | <input type="checkbox"/> | Oui, plusieurs | <input type="checkbox"/> |
| Votre dépression interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ² Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous fatigué, las ou épuisé? Décrivez. ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, modéré | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous agité (peu inclure avoir des tics ou tourner en rond) ou avez-vous plus de difficulté à réfléchir? ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| L'un ou l'autre des facteurs suivants s'applique-t-il à votre cas? <input type="checkbox"/> Jeune (< 30 ans), <input type="checkbox"/> Femme, <input type="checkbox"/> Symptômes gênants, <input type="checkbox"/> soutien social insuffisant, <input type="checkbox"/> antécédents de dépression, <input type="checkbox"/> difficultés financières, <input type="checkbox"/> sevrage d'alcool/drogue, <input type="checkbox"/> vivre seul, <input type="checkbox"/> enfants à charge, <input type="checkbox"/> maladie récurrente ou avancée, <input type="checkbox"/> traitement complété récemment? ² | Aucun | <input type="checkbox"/> | Quelques-uns | <input type="checkbox"/> | Plusieurs | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous (facteurs de risque de dépression reliés aux symptômes) : ³ <input type="checkbox"/> Épuisement, <input type="checkbox"/> Douleur, <input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil, <input type="checkbox"/> Autre Si oui, reportez-vous au guide de pratique du ou des symptômes | Aucun | <input type="checkbox"/> | Quelques-uns | <input type="checkbox"/> | Plusieurs, dont plus d'un symptôme jugé sévère | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu des pensées récurrentes de mort, des pensées suicidaires, des pensées qui vous inciteraient à vous faire du mal à vous-mêmes ou à autrui? ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |



Léger
(vert)



Modéré
(jaune)



Sévère
(rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. | <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. <input type="checkbox"/> Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours. | <input type="checkbox"/> Si risque de se blesser ou de blesser autrui, recommander immédiatement une évaluation plus approfondie. <input type="checkbox"/> Si non, référez pour des soins médicaux non urgents. <input type="checkbox"/> Vérifiez les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de médicaments, si pertinent. |
|---|---|--|

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la dépression (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour la dépression* | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|--|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | ISRS : fluoxétine (Prozac [®]), sertraline (Zoloft [®]), paroxétine (Paxil [®]), citalopram (Celexa [®]), fluvoxamine (Luvox [®]), escitalopram (Lexapro [®]) ^{2,3} | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline (Elavil [®]), imipramine (Tofranil [®]), désipramine (Norpramin [®]), nortriptyline (Pamelor [®]), doxépine (Sinequan [®]) ³ | | Efficace |

*Les antidépresseurs sont efficaces dans le cas d'une dépression majeure, mais leur usage dépend des profils d'effets secondaires des médicaments et du risque d'interaction avec les autres médicaments consommés.

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|-----------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. | | | Que visez-vous pour vous sentir moins déprimé? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous êtes déprimé, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur votre cancer ou votre traitement, cela vous apaiserait-il vos inquiétudes? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. ^{2,3} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. ^{2,3} |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Que faites-vous comme activité physique? ^{2,3} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous l'impression d'avoir assez d'aide à la maison et pour vous rendre à vos rendez-vous/traitements (transport, aide financière, médicaments)? ² |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous partie de groupes d'aide ou avez-vous des amis ou de la famille sur qui compter? ^{2,3} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé la relaxation ou la visualisation? ^{2,3} |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé une thérapie comme la thérapie cognitivo-comportementale, la réduction du stress par la pleine conscience ou eu des consultations individuelles ou thérapie de couple afin de vous aider à gérer la dépression? ^{2,3} |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. Bruera E, et al. (1991); 2. Howell D, et al. (2015); 3. ONS-PEP Depression (2015). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la diarrhée

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

Diarrhée : Selles anormalement liquides et fréquentes, comparativement à la moyenne personnelle (> 4 à 6 selles/jour), accompagnées ou non de crampes abdominales.^{4,6,7}

1. Évaluation de la gravité de la diarrhée (données probantes : 7 lignes directrices)¹⁻⁷

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous votre diarrhée?

Aucune diarrhée 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire diarrhée possible^{9(ESAS)}

À quel point votre diarrhée vous inquiète-t-elle?⁷

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Avez-vous passé un test pour le C. difficile? Si oui, connaissez-vous le résultat de ce test?

Oui Non incertain Résultat : _____

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ⁹ | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) ^{5,7} | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Combien de selles de plus qu'habituellement faites-vous par jour (en incluant les selles nocturnes)? ¹⁻⁸ | < 4 selles | <input type="checkbox"/> | 4-6 selles | <input type="checkbox"/> | ≥ 7 selles | <input type="checkbox"/> |
| Comment décririez-vous vos selles (couleur, fermeté, odeur, quantité, huileuses, sang, doit forcer pour déféquer; difficiles à évacuer)? ^{3,5-7} | | | | | Saignement (énorme) | <input type="checkbox"/> |
| Stomie : Par rapport à votre normale, à quel point la production de selles a-t-elle augmenté? ^{3-6,8} <input type="checkbox"/> s.o. | Légère augmentation | <input type="checkbox"/> | Augmentation modérée | <input type="checkbox"/> | Forte augmentation | <input type="checkbox"/> |
| Faites-vous de la fièvre (> 38° C) ³⁻⁷ <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui, avec diarrhée | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous de la douleur à l'abdomen ou au rectum, avec ou sans crampes ou gonflements? ^{3,5-7} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, souvent | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? ³⁻⁷ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous capable de boire des liquides? ^{5,6} | Oui | <input type="checkbox"/> | | | Non | <input type="checkbox"/> |
| Votre diarrhée interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ^{3,6-8} Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| Souffrez-vous d'autres symptômes? <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissements ^{3,4,6,7} <input type="checkbox"/> Perte d'appétit ⁷ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Prenez-vous des médicaments qui font augmenter les risques de la diarrhée, comme sennosides oral [Senokot®], docusate sodique [Colace®]? | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | | | |



Léger
(vert)



Modéré
(jaune)



Sévère
(rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 7 lignes directrices)¹⁻⁷

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures

Référez pour des soins médicaux d'urgence

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la diarrhée (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 8 lignes directrices)^{1-6,10,11}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour la diarrhée* | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|---|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Lopéramide (Imodium [®]) ^{1-6, 10, 11} | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Octreotide (Sandostatin [®]) ^{1-6,10,11} | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Fibre de psyllium pour les cas dus aux radiations (Metamucil [®]) ^{4,11} | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Atropine-diphénoxylate (Lomotil [®]) ⁴⁻⁶ | | Avis d'expert |

4. Vérification des stratégies d'auto-soins (Données probantes : 7 lignes directrices)^{3-7,10,11}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'auto-soins |
|------------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de votre diarrhée? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez la diarrhée, qu'est-ce qui vous aide? ⁵ Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire de 8 à 10 verres de liquides clairs par jour (eau, boissons sportives, bouillon, jus de fruit coupé d'eau)? ^{3-7,11} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Savez-vous quels aliments vous devriez essayer de manger? Compote de pommes, gruau, bananes, orge, carottes cuites, riz, pain blanc, pâtes nature, œufs bien cuits, dinde ou poulet sans la peau, purée de pommes de terre, fruits cuits ou en conserve sans la peau ³⁻⁷ (riches en fibres solubles/pauvres en fibres insolubles) |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de remplacer les électrolytes (potassium et sodium ou sel) que votre diarrhée vous fait perdre en mangeant des aliments comme des bananes et des pommes de terre, en buvant des boissons sportives ou du nectar de pêche ou d'abricot, ou en prenant une solution orale de réhydratation (1/2 c. à t. de sel, 6 c. à t. de sucre, 4 tasses d'eau)? ^{4,7,11} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de manger 5 à 6 petits repas par jour? ^{3,5-7} |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Savez-vous quels aliments éviter? Suggérez : aliments gras, frits ou épicés, alcool, réduire la caféine (<2-3 portions) (café, chocolat) ³⁻⁷ , jus de fruits ou boissons aux fruits en grande quantité ^{3,4,7} , légumes crus, pain à grains entiers, noix, maïs soufflé, peaux, graines, légumineuses ^{4,6,7} (fibres insolubles), aliments très chauds ou très froids, sorbitol (dans les bonbons sans sucre), produits contenant du lactose (lait, yogourt, fromage) ^{3,4,6,7} . |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de garder propre la peau autour de votre rectum ou de votre stomie pour éviter une dégradation de la peau? ^{6,7} |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comptez-vous le nombre de selles et savez-vous quels autres problèmes surveiller lorsque vous avez la diarrhée (ex. : fièvre, étourdissements)? ^{3,6} (passez en revue les critères ci-dessus) |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prenez-vous des probiotiques avec lactobacilles pour prévenir la diarrhée? ¹⁰ |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous discuté, avec un médecin ou un pharmacien, des médicaments que vous prenez et qui pourraient causer ou aggraver la diarrhée? ⁶ |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'auto-soins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'auto-soin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. Major P, et al. (2004); 2. Keefe DM, et al. (2007); 3. Benson AB, III, et al. (2004); 4. ONS-PEP Diarrhea (2015); 5. BC Cancer Agency (2004); 6. Schwartz L, et al. (2014); 7. Cancer Care Ontario (2012); 8. NIH-NCI (2010); 9. Bruera E, et al. (1991); 10. Lalla RV, et al. (2014); 11. Vehreschild MJ, et al. (2013). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la fatigue

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

Fatigue : Sentiment subjectif de fatigue ou d'épuisement entraîné par le cancer ou son traitement, d'une ampleur disproportionnée à l'effort déployé récemment, qui ne s'améliore pas avec du repos et qui interfère avec les activités quotidiennes.¹

1. Évaluation de la gravité de la fatigue (données probantes : 2 lignes directrices)^{1,2}

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point êtes-vous fatigué?

Aucune fatigue 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire fatigue possible^{3(ESAS)}

À quel point cette fatigue vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|--------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ^{1,3} | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Présentez-vous l'un des symptômes suivants : essoufflement au repos, grosse fatigue soudaine, besoin excessif de s'asseoir ou de se reposer, rythme cardiaque rapide, saignement rapide, douleur à la poitrine? ¹ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Comment décririez-vous la fréquence de vos moments de fatigue? ¹ | Intermittent | <input type="checkbox"/> | Constant/ Chaque jour depuis < 2 semaines | <input type="checkbox"/> | Constant/ Chaque jour depuis 2 semaines | <input type="checkbox"/> |
| Votre fatigue interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ¹ Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il des moments où vous vous sentez épuisé? Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, par intermittence | <input type="checkbox"/> | Oui, constamment depuis 2 semaines | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des effets secondaires de vos traitements, comme un faible nombre de globules rouges, une infection ou de la fièvre? ¹ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous d'autres symptômes? Anxiété, perte d'appétit, faible consommation de liquides, sensation d'être déprimé, douleur, problèmes de sommeil. ¹ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent | <input type="checkbox"/> |
| Consommez-vous de l'alcool? ¹ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous d'autres problèmes de santé qui entraînent de la fatigue (problèmes cardiaques, respiratoires ou rénaux, altérations du foie)? ¹ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| Prenez-vous des médicaments qui accroissent la fatigue (médicaments pour la douleur, la dépression, la nausée, les vomissements, les allergies)? ² | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |

1 Léger (vert)

2 Modéré (jaune)

3 Sévère (rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 2 lignes directrices)^{1,2}

Passez en revue les autosoins.

Passez en revue les autosoins.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.

Si la fatigue grave est stable, passez en revue les autosoins.
 Si la fatigue grave est nouvelle, référez pour des soins médicaux non urgents.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la fatigue (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2 lignes directrices)^{1,2}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour la fatigue | Notes | Données probantes |
|--------------------------|---|-------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ginseng ^{1,2} | | Probablement efficace, mais insuffisant pour certains types de ginseng |

*Le recours aux agents pharmacologiques pour soulager la fatigue liée au cancer est encore au stade expérimental et, donc, déconseillé (ex. : psychostimulants, somnifères, corticostéroïdes à faible dose), sauf pour certains patients en fin de vie et souffrant de fatigue grave.¹

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 2 lignes directrices)^{1,2}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de votre fatigue? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous êtes fatigué, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. ² Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Savez-vous ce qu'est la fatigue liée au cancer? ² Expliquez la différence avec la fatigue normale; expliquez qu'elle est normale lorsqu'on suit un traitement contre le cancer. |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? ² Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de garder de l'énergie pour les choses auxquelles vous tenez? ^{1,2} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Que faites-vous comme activité physique, y compris le yoga? ^{1,2} On encourage la pratique d'activités physiques modérées pendant et après le traitement contre le cancer (ex. : 30 min d'activité modérée la plupart des jours de la semaine : marche rapide, vélo, nage, exercice de résistance). *Attention aux patients présentant certaines complications (ex. : métastase osseuse). |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mangez-vous et buvez-vous assez pour combler vos besoins énergétiques? ² |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé des activités comme la lecture, les jeux, la musique, le jardinage ou les expériences en nature? ² |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous partie d'un groupe de soutien ou avez-vous des amis ou de la famille sur qui compter? ^{1,2} |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé des activités pour vous détendre, comme la relaxation, la respiration profonde, la visualisation ou la massothérapie? ² |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous tenté l'une des choses suivantes pour améliorer la qualité de votre sommeil? ^{1,2} Éviter les siestes longues ou en fin d'après-midi; rester au lit uniquement pour dormir; aller au lit lorsqu'on se sent fatigué; utiliser le lit uniquement pour le sommeil et l'activité sexuelle; se coucher et se lever à une heure régulière; éviter la caféine et les activités stimulantes en soirée; se détendre pendant 1 heure avant d'aller au lit; adopter une routine du coucher. |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé une thérapie comme la thérapie cognitivo-comportementale ou la réduction du stress par la pleine conscience afin de vous aider à gérer votre fatigue? ^{1,2} |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [Si besoin d'un plan personnalisé :] Avez-vous parlé à un professionnel de la santé qui vous aiderait à gérer votre fatigue ou souhaiteriez-vous le faire? ^{1,2} (Spécialiste en réadaptation.) |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. Howell D, et al. (2015); 2. ONS-PEP Fatigue (2015); 3. Bruera E, et al. (1991). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la neutropénie fébrile

Neutropénie fébrile : Numération des neutrophiles de < 1000 cellules/mm³ et température orale ponctuelle de $\geq 38,3^\circ$ C (101° F) ou une température de $\geq 38,0^\circ$ C (100,4° F) pendant ≥ 1 heure.^{1,2,4,6,7}

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la fièvre et de la neutropénie (données probantes : 9 lignes directrices)¹⁻⁹



À quel point votre fièvre vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Quelle a été votre température depuis 24 heures? Actuellement : _____ Températures précédentes : _____

Avez-vous pris de l'acétaminophène (Tylenol®) ou de l'ibuprofène (Advil®)? Si oui, quand et quelle quantité?

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| Température orale de $\geq 38,0^\circ$ C (100,4° F) ¹⁻⁸ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
|---|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Dernière numération des neutrophiles connue ¹⁻⁸ : _____ Date : _____ <input type="checkbox"/> Incertain | >1000 cell./mm ³ | <input type="checkbox"/> | Fièvre plus ≤ 500 cellules/mm ³ ou 1000 cellules/mm ³ et baisse attendue | <input type="checkbox"/> |
| |  1 | Léger (vert) |  3 | Sévère (rouge) |

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 9 lignes directrices)¹⁻⁹

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. | <input type="checkbox"/> Référez pour des soins médicaux d'urgence. Le traitement de la neutropénie fébrile par antibiotiques doit commencer dans l'heure suivant sa déclaration.^{3,6} Il est primordial de recueillir des données cliniques et de laboratoire afin de localiser le site possible d'infection avant de commencer les antibiotiques.¹ |
|---|--|

N.B. Nous normalisons la température de $38,0^\circ$ C dans tous les guides de pratique d'évaluation des symptômes.

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication que prend le patient pour prévenir la neutropénie fébrile ou faire baisser la fièvre (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (données probantes : 1 ligne directrice)¹⁰

| Usage actuel | Exemples de médicaments | Notes | Données probantes |
|--------------------------|---|-------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | G(M)-CSF ¹⁰ | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Antibiotiques pour prévenir l'infection ¹⁰ | | Recommandations mixtes |

*Le recours aux médicaments en vente libre pour abaisser la fièvre d'un patient cancéreux (acétaminophène, etc.) est controversé. On ne devrait pas le faire pour masquer une fièvre d'origine inconnue.

4. Vérification des stratégies d'autosoins pour réduire le risque d'infection (Données probantes : 3 lignes directrices)^{1,3,4}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|-----------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. | | | Si la température n'est pas $\geq 38,0$ °C, prenez-vous votre température à l'aide d'un thermomètre? ⁴ |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vous lavez-vous les mains fréquemment? ^{1,3} |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mangez-vous des aliments bien cuits ou des fruits et légumes frais crus bien lavés? ¹ |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vous brossez-vous les dents avec une brosse souple au moins deux fois par jour (soie dentaire uniquement si elle ne fait pas saigner les gencives)? ¹ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prenez-vous une douche ou un bain chaque jour? ¹ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les lavements, les suppositoires, les tampons et les procédures invasives? ¹ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vérifiez-vous la présence de sites possibles d'infection sur votre peau (dispositif d'accès, région rectale) et gardez-vous ces régions propres et sèches? ¹ |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les foules et les personnes possiblement malades? ¹ |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. Freifeld AG, et al. (2011); 2. National Comprehensive Cancer Network (2015); 3. Flowers, C. R., et al. (2013); 4. de Naurois J, et al. (2010); 5. NIH-NCI (2010); 6. Tam CS, et al. (2011); 7. Alberta Health Services (2014); 8. National Institute for Health and Clinical Excellence (2012); 9. Mendes AV, et al. (2007); 10. Neumann S, et al. (2013). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la mucite buccale (stomatite)

Stomatites/mucite buccale: Inflammation et processus potentiellement ulcéreux entraînant beaucoup d'inconfort et pouvant nuire à la mastication, à la déglutition et à la parole; s'accompagne d'un risque de bactériémie et de septicémie pouvant menacer la vie.^{2,5}

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la mucite buccale (données probantes : 5 lignes directrices)¹⁻⁵

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos ulcérations?

Aucune ulcération 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pires ulcérations possibles^{6(ESAS)}

À quel point ces ulcérations vous inquiètent-elles?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ^{4,6} | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) ⁴ | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Combien de plaies, d'ulcères ou de cloques avez-vous? ¹⁻⁴ | 0-4 | <input type="checkbox"/> | >4 | <input type="checkbox"/> | Elles se rejoignent | <input type="checkbox"/> |
| Vos ulcérations saignent-elles? ²⁻⁴ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, en mangeant ou en me brossant les dents | <input type="checkbox"/> | Oui, n'importe quand | <input type="checkbox"/> |
| Vos ulcérations sont-elles douloureuses? ¹⁻⁵ | Non/légèrement 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modérément 4-6 | <input type="checkbox"/> | Énormément 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il des taches rouges ou blanches (isolées ou en grappes) dans votre bouche? ^{1,2,4,5} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous la bouche sèche? ⁴ | Non | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> | | |
| Êtes-vous capable de boire et manger? ²⁻⁵ Sinon, pouvez-vous ouvrir et fermer la bouche? ⁴ | Oui | <input type="checkbox"/> | | | Non | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous perdu du poids depuis 1 à 2 semaines sans effort de votre part? ⁴ Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous de la difficulté à respirer? ⁴ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| Vos ulcérations interfèrent-elles avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ⁴ Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |

1 Léger (vert)

2 Modéré (jaune)

3 Sévère (rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 4 lignes directrices)^{1,2,4,5}

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures.

référez pour des soins médicaux d'urgence.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour les mucites buccales (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 5 lignes directrices)^{2,4,5,7,8}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour les mucites buccales | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|---|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | chlorure de benzydamine (Rince-bouche Tantum®) ² | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Médicaments oraux contre la douleur ^{4,5,8} | | Avis d'experts |
| <input type="checkbox"/> | Rince-bouche à 0,5 % de doxépine ⁷ | | Avis d'expert |

*Le rince-bouche à la chlorhexidine et le sulcrate sont des traitements déconseillés.²

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 6 lignes directrices)^{1,2,4,5,7,8}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de vos ulcérations? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez des ulcérations, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de vous rincer la bouche 4 fois par jour ⁵ avec un rince-bouche doux (ou plus souvent en présence d'ulcérations)? ^{2,5,7} 2,5 ml de sel ou 2,5 ml de bicarbonate de soude ou les deux (1,25 ml chaque) dans 250 ml d'eau tiède. Gargariser pendant au moins 30 secondes avec 15 ml (1 cuillère à table) de cette préparation et recracher. ^{1,2,4} Préparer journalièrement ou quotidiennement et garder à la température ambiante. |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de vous brosser les dents avec une brosse douce, au moins 2 fois par jour, et d'utiliser la soie dentaire 1 fois par jour ou selon votre tolérance? (En présence d'ulcérations, utiliser une minibrosse en mousse imbibée de solution de sel ou de bicarbonate de soude.) ^{1,2,4,5} |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rincez-vous votre brosse à dents à l'eau chaude avant de vous en servir; la laissez-vous sécher à l'air avant de la ranger? ^{2,4,5} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous portez des dentiers et que votre bouche est sensible, essayez-vous de porter vos dentiers uniquement aux repas? ^{4,5} |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Protégez-vous vos lèvres à l'aide d'hydratants à base d'eau? ^{1,2,4,5} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sucez-vous des pastilles de lactobacille ² ou de zinc pour prévenir les stomatites? Sucez-vous des pastilles de xylitol ou mâchez-vous de la gomme au xylitol pour soulager la bouche sèche (max. 6 grammes/jour)? ⁴ |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter le tabac et l'alcool, y compris le rince-bouche à base d'alcool? ^{2,4,5} |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire 8 à 10 verres de liquide par jour? ^{4,5} |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'adopter une alimentation molle? Proposez : gruau, bananes, compote de pommes, carottes cuites, riz, pâtes, œufs, purée de pommes de terre, fruits cuits ou en conserve sans la peau, fromage mou, potages, crèmes (« poudings ») et laits frappés. ^{2,5} |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les aliments et les boissons acides, salés, épicés, très chauds ou très froids? ^{2,5} |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pendant la chimiothérapie, prenez-vous de l'eau glacée, des copeaux de glace ou des sucettes de glace pendant 30 minutes? ^{2,7} |
| 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour les ulcérations, avez-vous envisagé un traitement au laser de faible puissance? ^{2,7,8} |
| 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. Keefe DM, et al. (2007); 2. ONS-PEP Mucositis (2014); 3. Quinn B, et al. (2008); 4. Cancer Care Ontario (2012); 5. Broadfield L, et al. (2006); 6. Bruera E, et al. (1991); 7. Lalla RV, et al. (2014); 8. Clarkson JE, et al. (2010). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la nausée et des vomissements

Nausée : Impression subjective d'être sur le point de vomir.

Vomissement : Expulsion soudaine, par la bouche, du contenu de l'estomac, avec ou sans haut-le-cœur (mouvement gastrique et œsophagique sans vomissement).^{6,10}

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la nausée ou des vomissements (données probantes : 4 lignes directrices)^{1,6,7,10}

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos nausées?

Aucune nausée 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire nausée possible^{8(ESAS)}

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos vomissements?

Aucun vomissement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pires vomissements possibles^{8(ESAS)}

À quel point vos nausées ou vos vomissements vous inquiètent-ils?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient - nausée (échelle ESAS ci-dessus) ^{1,6,8} | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Note accordée par le patient - vomissements (échelle ESAS ci-dessus) ^{1,6,8} | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) ⁶ | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Combien de hauts-le-cœur ou de vomissements par jour? ^{1,6,7,10} <input type="checkbox"/> Aucun vomissement | ≤1 | <input type="checkbox"/> | 2-5 | <input type="checkbox"/> | ≥6 | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous réussi à manger depuis 24 heures? ^{6,7,10} | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous réussi à boire sans vomir? ^{6,7,10} | Oui | <input type="checkbox"/> | | | Non | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? ^{6,10} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il du sang dans vos vomissures? Ressemblent-elles à du café moulu? ⁶ <input type="checkbox"/> Pas de vomissements | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des douleurs à l'abdomen ou des maux de tête? ⁶ | Non/légèrement 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modérément 4-6 | <input type="checkbox"/> | Énormément 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Vos nausées ou vos vomissements interfèrent-ils avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ⁶ Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous d'autres symptômes? <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Douleur | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, souvent | <input type="checkbox"/> |

1 Léger (vert)

2 Modéré (jaune)

3 Sévère (rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 2 lignes directrices)^{6,7}

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures.

Référez pour des soins médicaux d'urgence.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la nausée ou les vomissements (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 8 lignes directrices)^{1-5,9-11}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour la nausée et des vomissements | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|--|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 5HT ₃ : ondansétron (Zofran [®]), granisétron (Kytril [®]), dolasétron (Anszemet [®]) ^{1-5,9,10} | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Dexaméthasone (Decadron [®]) ^{1,2,3,5,9,10} | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Fosaprépitant, aprépitant (Emend [®]) ¹⁻⁵ | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Métoclopramide (Maxeran [®]) ^{1-5,9,10} , prochlorpérazine (Stemetil [®]) ^{1,2,5,9,10} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Triothérapie : dexaméthasone, 5 HT ₃ (palonosétron), antagonistes du récepteur de la neurokinine (Akynzeo) ^{2,5,11} | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Cannabis (nabilone, marijuana médicale), dronabinol ^{2,5} | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Gabapentine ⁵ | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Autres : lorazépam (Ativan [®]) ^{1-3,5,9,10} , halopéridol (Haldol [®]) ^{2,5} | | Avis d'expert |

*La métopimazine n'est pas recommandée pour cette pratique.⁵

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 6 lignes directrices)^{2-5,6,10}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de votre nausée et de vos vomissements? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez la nausée ou des vomissements, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire des liquides clairs (eau, boissons sportives, bouillon, soda au gingembre, camomille)? ^{6,10} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé des techniques de relaxation comme la visualisation, la musicothérapie, la relaxation musculaire progressive ou l'hypnose? ^{2,3,5,6,10} |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prenez-vous des médicaments antinauséux avant les repas pour qu'ils agissent pendant et après ceux-ci? ^{5,6} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous avez des vomissements, limitez-vous votre ingestion de nourriture et de boissons jusqu'à ce qu'ils cessent? Après 30-60 minutes sans vomissements, sirotez des liquides clairs. Lorsque vous arrivez à garder ces liquides, essayez des aliments secs féculents (craquelins, rôties, céréales sèches, bretzels). Si vous arrivez à garder ces aliments, ajoutez des aliments riches en protéines (œufs, poulet). ⁶ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous : - de manger 5 à 6 petits repas ou collations par jour? ^{2,5,6} - de manger des aliments qui sont moins nauséux pour vous, vos aliments réconfortants? ^{2,5} - d'éviter les aliments gras, frits, très salés ou épicés? ^{2,5,6} - de manger des aliments froids, tout en évitant les températures extrêmes et les arômes forts? ^{2,5,6,10} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Après chaque repas, prenez-vous 30 à 60 minutes pour rester assis ou étendu avec la tête relevée? ⁶ |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Portez-vous des vêtements amples? ⁶ |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vous rincez-vous la bouche avant de manger? Nettoyez-vous votre bouche (brossage, rinçage)? ⁶ |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé l'acupuncture ou la digitopression pour alléger vos nausées ou vos vomissements? ⁴⁻⁶ |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous parlé à une diététiste? ¹⁰ |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? ^{5,6} Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. Basch E, et al. (2011); 2. NCCN (2015); 3. Gralla RJ, et al. (2013); 4. Naeim A, et al. (2008); 5. ONS-PEP Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting (2015); 6. Cancer Care Ontario (2010); 7. NIH-NCI (2010); 8. Bruera E, et al. (1991); 9. Feyer PC, et al. (2011); 10. Cancer Care Nova Scotia (2004); 11. Hesketh et al. (2015). (Références complètes : p. 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la douleur

Douleur : Inconfort sensoriel ou émotif subjectif associé à des lésions tissulaires réelles ou possibles, ou décrit de telle manière.²⁻⁵

Types de douleur: a) douleur somatique à la peau, aux muscles ou aux os décrite comme une sensation douloureuse, lancinante, pénétrante, ou une pression;^{2,4,6} b) douleur viscérale aux organes ou aux viscères décrite comme des tiraillements, des crampes ou des douleurs aiguës;⁴ c) douleur neuropathique due à des lésions nerveuses et décrite comme une brûlure, des picotements, des fourmillements ou une douleur fulgurante.⁴

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la douleur (données probantes: 7 lignes directrices)^{2,4-9}

Décrivez-moi la douleur (emplacement, apparition, type, durée, propagation).

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la douleur que vous ressentez (à son endroit le plus intense)?

Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire douleur possible (ESAS)¹

À quel point votre douleur vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Note accordée par le patient à la douleur (ci-dessus) | 0 - 3 | <input type="checkbox"/> | 4 - 6 | <input type="checkbox"/> | 7 - 10 | <input type="checkbox"/> |
| Note accordée par le patient à sa pire douleur (ci-dessus) | 0 - 3 | <input type="checkbox"/> | 4 - 6 | <input type="checkbox"/> | 7 - 10 | <input type="checkbox"/> |
| Note accordée par le patient à la douleur à son meilleur | 0 - 3 | <input type="checkbox"/> | 4 - 6 | <input type="checkbox"/> | 7 - 10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0 - 5 | <input type="checkbox"/> | 6 - 10 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| La douleur est-elle apparue subitement? | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce la première fois que vous ressentez de la douleur à cet endroit? | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| À quel point la douleur interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes (marcher, manger, vous laver, dormir)? | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Un peu | <input type="checkbox"/> | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| La douleur affecte-t-elle votre humeur? | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Vos médicaments apaisent-ils cette douleur? | Complètement | <input type="checkbox"/> | En partie | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| À quel point vos antidouleurs interfèrent-ils avec vos activités quotidiennes? | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Un peu | <input type="checkbox"/> | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous d'autres symptômes : constipation, nausée ou vomissements, fatigue, démangeaison, confusion, nouvelle faiblesse aux bras ou aux jambes? Si oui, reportez-vous aux guides consacrés à ces symptômes. | Aucun | <input type="checkbox"/> | Quelques-uns | <input type="checkbox"/> | Plusieurs, dont ≥1 symptôme jugé sévère | <input type="checkbox"/> |



1 Léger
(vert)



2 Modéré
(jaune)



3 Sévère
(rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 5 lignes directrices)^{2-4,6,8}

probantes : 5 lignes directrices)^{2-4,6,8}

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.

Référez pour des soins médicaux d'urgence.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la douleur (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 7 lignes directrices)^{2,4-6,8-10}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour la douleur* | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 ^{re} étape : non-opioïdes: acétaminophène, AINS, inhibiteurs de la COX-2 | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | 2 ^e étape : opioïdes doux : codéine, tramadol | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | 3 ^e étape : opioïdes forts : morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Dose efficace | | Efficace |
| <input type="checkbox"/> | Antidépresseur ou anticonvulsivant (douleur neuropathique) | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Traitement prophylactique de la constipation : sennosides, bisocodol, lactulose, poltéthylène glycol (PEG), ducosate de sodium | | Probablement efficace / avis d'expert |

*Évitez le recours aux opioïdes à action prolongée en période de douleur aiguë sévère. En présence de fonctions rénales diminuées, les choix les plus sécuritaires sont le fentanyl, la méthadone et l'oxycodone.²

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 8 lignes directrices)²⁻⁹

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|--|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de votre douleur (cible sur une échelle de 0 à 10)? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Y a-t-il un membre de la famille ou un ami qui vous aide à gérer votre douleur? |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comprenez-vous bien la distinction entre dose régulière et doses supplémentaires (entredoses)? Sinon, expliquez la douleur et la gestion de la douleur. |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous des craintes ou des inquiétudes à propos de la prise d'antidouleurs? Si oui, obtenez des détails et expliquez. |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tenez-vous un journal de bord pour noter le degré de douleur et la variation de douleur 1 à 2 heures après la prise d'antidouleurs? |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qu'est-ce qui vous aide quand vous avez de la douleur? Renforcer si pertinent. |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé les messages, avec ou sans aromathérapie? |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous de l'exercice léger (marche, natation, vélo, étirements)? |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous eu recours à la physiothérapie ou à l'acupuncture? |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous des activités afin de vous aider à composer avec la douleur: écoute de musique, exercices de respiration, distractions, relaxation, visualisation? |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous prenez des opioïdes, prenez-vous aussi des médicaments contre la constipation? |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous avez d'autres symptômes, ceux-ci sont-ils sous contrôle? |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. Bruera E, et al. (1991); 2. Cancer Care Ontario (2010); 3. BC Cancer Agency (2013); 4. Ministry of Health Malaysia (2010); 5. SIGN (2008); 6. National Comprehensive Cancer Network (2015); 7. The British Pain Society (2015); 8. ESMO (2011); 9. Yamaguchi T, et al. (2013); 10. ONS-PEP Pain (2015). (Références complètes : p. 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation de la neuropathie périphérique

Neuropathie : Décrite comme une insensibilité, des picotements, une brûlure, des fourmillements, des tremblements, une perturbation de l'équilibre, de la douleur. Résultat final des dommages aux neurones périphériques, moteurs, sensoriels et autonomes causés par les agents neurotoxiques de la chimiothérapie qui désactivent les composantes requises pour satisfaire les besoins métaboliques de l'axone.^{1,2,3}

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la neuropathie (données probantes : 3 lignes directrices)¹⁻³

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre neuropathie/insensibilité/picotement?

Pas de neuropathie 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire neuropathie possible

À quel point cela vous inquiète-t-il?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (ci-dessus) | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous mal à votre/vos (emplacement de la neuropathie)? ¹⁻³ Décrivez sur une échelle de 0 à 10. | Non/ légèrement 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modérément 4-6 | <input type="checkbox"/> | Énormément 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Remarquez-vous une nouvelle faiblesse aux bras ou aux jambes? ^{1,2} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Éprouvez-vous des difficultés à marcher, à gravir un escalier ou avec votre équilibre? Si oui, à quel point? ^{1,2} | Non/ légèrement | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous constipé ou avez-vous de la difficulté à vider votre vessie? ^{1,2} | Non/ légèrement | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Votre neuropathie/insensibilité/picotement interfère-t-il avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail (ex. : boutonner ses vêtements, écrire, tenir une tasse)? ^{1,2} Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |



Léger
(vert)



Modéré
(jaune)



Sévère
(rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée

(données probantes : 1 ligne directrice)³

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. | <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. <input type="checkbox"/> Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours | <input type="checkbox"/> référez pour des soins médicaux d'urgence |
|---|--|--|

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la neuropathie (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 5 lignes directrices)¹⁻⁵

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour la neuropathie | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|--|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Doloxétine ^{1,5} | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Anticonvulsivants : gabapentine, prégabaline (Lyrica®) ^{2,4} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline, nortriptyline, duloxétine (Cymbalta®), venlafaxine (Effexor®), bupropion (Wellbutrin®/Zyban®) ^{2,4} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Opioides : fentanyl, morphine (Statex®), hydromorphone (Dilaudid®), codéine, oxycodone ¹⁻³ | | Avis d'experts |
| <input type="checkbox"/> | Agents topiques : timbre de lidocaïne 5 % ^{2,3} | | Avis d'experts |

N.B. Les opioïdes se combinent souvent aux anticonvulsivants ou aux antidépresseurs, mais ils accroissent les événements indésirables au SNC; ils requièrent donc un titrage délicat. La carnitine/L-carnitine et le facteur inhibiteur de la leucémie ne sont pas des pratiques recommandées.¹

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 3 lignes directrices)¹⁻³

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de votre neuropathie? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qu'est-ce qui vous aide à gérer votre neuropathie? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vérifiez-vous chaque jour la présence, sur vos mains et vos pieds, de plaies que vous n'auriez pas senties? ^{1,2} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si neuropathie dans les pieds : Vos chaussures sont-elles confortables? ^{1,2} |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | À la maison : - Les couloirs sont-ils dégagés? ^{1,2} - Avez-vous une douche antidérapante ou utilisez-vous un tapis antidérapant dans la baignoire? ^{1,2} - Avez-vous enlevé les carpettes dans lesquelles vous pourriez vous accrocher les pieds? ^{1,2} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous marchez sur un sol inégal, regardez-vous par terre pour compenser le manque de sensation dans vos jambes et vos pieds? ^{1,2} |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour toute neuropathie : Pour éviter les brûlures en raison d'une sensibilité diminuée : - Avez-vous abaissé la température de votre chauffe-eau? ¹ - Utilisez-vous un thermomètre pour vérifier si la température de l'eau du bain ou de la douche est < 120 °F/49 °C? ¹ |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour éviter les étourdissements, essayez-vous de balancer vos jambes avant de vous mettre debout? ^{1,2} |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de manger beaucoup de fibres et de boire suffisamment pour éviter la constipation? ^{1,2} |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé l'acupuncture? ² |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous consulté un physiothérapeute à propos : - d'utiliser une canne, une marchette ou une attelle pour améliorer votre équilibre et votre démarche? ^{1,2} - d'un programme d'entraînement physique ou de TENS (neurostimulation transcutanée)? ^{2,3} |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous consulté un ergothérapeute qui vous aurait suggéré, par exemple : - d'opter pour des chaussures de type mocassin ou des chaussures à velcro - du matériel adapté, comme des ustensiles à poignée plus grosse, un tire-bouton, mettre du velcro sur les touches du clavier de l'ordinateur pour stimuler le toucher? |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoins numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. ONS-PEP Peripheral Neuropathy (2015); 2. Stubblefield MD, et al. (2009); 3. NCCN (2015); 4. Caraceni A, et al. (2012); 5. Hershman D, et al. (2014). (Références complètes : pages 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation des réactions cutanées aux radiations

Nom
date de naissance
Sexe
Date et heure

Réactions cutanées : Changement au niveau de la couleur, de la texture ou de l'intégrité de la peau.³

1. Évaluation de la gravité des réactions cutanées aux radiations (données probantes : 3 lignes directrices)¹⁻³

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre réaction cutanée?

Aucune réaction cutanée 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire réaction cutanée possible

À quel point cette réaction cutanée vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Localisation des réactions cutanées : _____

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (ci-dessus) | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Votre peau est-elle rouge? ¹⁻³ | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Pâle/terne | <input type="checkbox"/> | Sensible/ luisante, nécrosée | <input type="checkbox"/> |
| Votre peau pèle-t-elle? ¹⁻³ | Non/ sèche | <input type="checkbox"/> | Par plaques, humides | <input type="checkbox"/> | Généralisé, humide | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il de l'enflure autour de la région cutanée en réaction? ^{1,2} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, œdèmes | <input type="checkbox"/> |
| La région cutanée en réaction fait-elle mal? ^{2,3} | Non/léger 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modéré 4-6 | <input type="checkbox"/> | Grave 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des plaies ouvertes ou suintantes? ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des saignements? ¹⁻³ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Faites-vous de la fièvre? >38° C ² <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui, avec réaction cutanée | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous commencé une nouvelle médication? ³ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Votre réaction cutanée interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ^{2,3} Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, significativement | <input type="checkbox"/> |



Léger
(vert)



Modéré
(jaune)



Sévère
(rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 2 lignes directrices)^{1,2}

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures.

Référez pour des soins médicaux d'urgence.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires:

3. Vérification de toute la médication du patient pour les réactions cutanées (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 3 lignes directrices)¹⁻³

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour les réactions cutanées | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|--|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Préventif: Onguent au calendula ^{1,3} | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Léger-moderé : Crème à faible dose de corticostéroïdes ^{1-3*} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Léger-moderé : Crème hydrophile sans lanoline ¹ | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Plaies ouverte : Crème de sulfadiazine d'argent (Flamazine) ²⁻³ | | Probablement efficace |
| <input type="checkbox"/> | Plaies ouverte : Changer les bandages ² | | Avis d'expert |

* Les données sont insuffisantes pour démontrer ou réfuter l'utilité d'autres agents topiques spécifiques (ex. : corticostéroïdes, crème de sucralfate, Biafine, acide ascorbique, aloès, crème de camomille, onguent à l'amande, scellant à peau adhésif en polymère) dans la prévention des réactions cutanées prononcées. Données émergentes en faveur des enzymes protéolytiques dans le traitement des réactions cutanées dues aux radiations.⁴ Le Biafine® et l'aloès ne sont pas recommandés pour le traitement des réactions cutanées dues aux radiations.³

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 4 lignes directrices)¹⁻⁴

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|--|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de gestion de vos réactions cutanées? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez une réaction cutanée, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de prendre des douches tièdes ou de vous immerger dans un bain tiède (sans y rester longtemps), avec du savon doux sans parfum, puis de vous assécher en tapotant (sans frotter)? ¹⁻⁴ (données probantes des essais de contrôle randomisé) |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'utiliser des crèmes à base aqueuse, nature, sans parfum, sans lanoline, uniquement sur la peau intacte? ¹⁻³ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Portez-vous des vêtements amples? ² |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter d'utiliser des produits parfumés ou à base de gelée de pétrole ou d'alcool? ^{2,3} |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'utiliser du déodorant non métallique? ²⁻⁴ |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'utiliser un rasoir électrique ou ne pas raser la région irritée? ^{2,3} |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Évitez-vous la cire et autres crèmes épilatoires? ² |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les crèmes ou les gels dans la zone de traitement avant chaque traitement? ³ |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Évitez-vous de garder un maillot de bain mouillé sur la région traitée? ³ |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les températures extrêmes (blocs réfrigérants ou « ice pack », coussin chauffant)? ^{2,3} |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de protéger la zone de traitement contre le soleil et le froid? ^{2,3} |
| 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'utiliser des compresses salines ordinaires jusqu'à 4 fois par jour? ² |
| 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter d'appliquer des adhésifs ou des pansements sur la peau irritée? ^{2,3} |
| 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoins numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|
|-----|-----------|------|

Références : 1. Bolderston A, et al. (2006); 2. BC Cancer Agency (2013); 3. ONS-PEP Radiodermatite (2015); 4. Chan RJ, et al. (2014). (Références complètes : p. 36-39.)

Guide de pratique d'évaluation des problèmes de sommeil

Nom
date de naissance
Sexe

Date et heure

Problèmes de sommeil : Altération réelle ou perçue du sommeil nocturne entraînant un dysfonctionnement diurne.³

1. Évaluation de la gravité des problèmes de sommeil (données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

Avez-vous des problèmes de sommeil trois nuits ou plus par semaine?

Oui Non

Si c'est le cas, dites-moi à quel point, sur une échelle de 0 à 10, vos problèmes de sommeil interfèrent avec vos activités quotidiennes à la maison et au travail




Aucunement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire interférence possible avec le quotidien^{1(ESAS)}

À quel point votre problème de sommeil vous inquiète-t-il?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

Note accordée par le patient aux activités quotidiennes (échelle ESAS ci-dessus)¹⁻³

| Note accordée par le patient aux activités quotidiennes (échelle ESAS ci-dessus) ¹⁻³ | 1-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
|--|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Avez-vous de la difficulté à vous endormir? ^{2,3} | <3 nuits/semaine | <input type="checkbox"/> | 3+ nuits/semaine | <input type="checkbox"/> | ≥30 minutes/nuit | |
| Avez-vous de la difficulté à demeurer endormi? ^{2,3} | <3 nuits/semaine | <input type="checkbox"/> | 3+ nuits/semaine | <input type="checkbox"/> | ≥30 minutes/nuit | |
| Vous réveillez-vous trop tôt le matin? ^{2,3} | <3 nuits/semaine | <input type="checkbox"/> | 3+ nuits/semaine | <input type="checkbox"/> | | |
| Depuis combien de temps éprouvez-vous ces problèmes de sommeil? ² | Moins d'un mois | <input type="checkbox"/> | Plus d'un mois | <input type="checkbox"/> | | |
| Ces problèmes sont-ils apparus au moment où vous viviez d'autres problèmes? ² Décrivez : | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| Prenez-vous des médicaments qui affectent le sommeil (opiacés, stéroïdes, sédatifs, etc.) ² | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous d'autres troubles du sommeil (ronflements prononcés, suffocations, apnée du sommeil, agitation, impatiences dans les jambes)? ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous (facteurs de risque des problèmes de sommeil) : fatigue, douleur, nausée, anxiété, dépression, bouffées de chaleur? ³ Si oui, utilisez les guides de pratique correspondant à ces symptômes. | Aucun | <input type="checkbox"/> | Quelques-uns | <input type="checkbox"/> | Plusieurs, dont ≥1 symptôme jugé sévère | <input type="checkbox"/> |
| |  1 Léger (vert) | |  2 Modéré (jaune) | |  3 Sévère (rouge) | |

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1 ligne directrice)²

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 2 à 3 jours.

Passez en revue les autosoins (si ≥30 minutes voir 4.16).
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 Pour les troubles du sommeil, référez en clinique de troubles du sommeil.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les guides de pratique correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires:

3. Vérification de toute la médication du patient pour les problèmes de sommeil (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales)

(Données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

| Usage actuel | Exemples de médicaments pour les réactions cutanées | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Données probantes |
|--------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Benzodiazépines: lorazépam (Ativan [®]), diazépam, (Valium [®]), alprazolam (Xanax [®]) ^{2,3} | | Équilibrer avantages et inconvénients |

*Le recours aux médicaments pour les problèmes de sommeil doit être de courte durée (7-10 jours) et tenir compte des effets secondaires possibles et des interactions possibles avec les autres médicaments.^{2,3}

4. Vérification des stratégies d'autosoins (Données probantes : 2 lignes directrices)^{2,3}

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou information transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|---|------------------------------|--|
| 1. | | | Que visez-vous en matière de sommeil (est-ce réaliste, p. ex. 6-10 heures/nuit)? ² |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez des problèmes de sommeil, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tenez-vous un journal de bord pour votre sommeil? |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vous réveillez-vous à la même heure chaque jour? ² |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Êtes-vous exposé à la lumière peu après vous être éveillé? ² |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prenez-vous le temps de vous éclaircir les idées en début de soirée (résoudre les problèmes, noter un plan)? ² |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prévoyez-vous une zone tampon de 90 minutes avant d'aller au lit (lecture, télé, mots croisés, relaxation, musique, yoga, respiration profonde, méditation, visualisation)? ² |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vous couchez-vous lorsque vous avez sommeil? ² |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Limitez-vous l'usage de la chambre à coucher au sommeil et au sexe? ² |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous ne vous endormez pas après 20-30 minutes, quittez-vous le lit pour y revenir au moment où vous aurez sommeil? ² |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Limitez-vous les siestes dans la journée? ² |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utilisez-vous des bouchons d'oreilles et un masque pour les yeux s'il y a trop de bruit ou de lumière? ² |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si pertinent, comprenez-vous les effets qu'ont certains médicaments sur le sommeil? ² Sinon, expliquez ces effets. |
| 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous avez d'autres symptômes, ceux-ci sont-ils sous contrôle? ³ |
| 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous de l'exercice régulièrement? ³ |
| 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé une thérapie, comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou eu des consultations individuelles, pour vous aider à gérer vos problèmes de sommeil? ^{2,3} |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin numéro # : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Référence à (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Demandez au patient de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

| Name | Signature | Date |
|------|-----------|------|
|------|-----------|------|

Références : 1. Bruera E, et al. (1991); 2. Howell D, et al. (2012); 3. ONS-PEP Sleep-Wake Disturbances (2015).
(Références complètes : pages 36-39.)

Exemple de formulaire d'évaluation générale

Guides de pratique pour l'évaluation à distance, le triage et la gestion des symptômes des adultes en cours de traitement contre le cancer

Nom _____
 date de naissance _____
 Sexe _____

Date et heure de la rencontre _____ Appellant _____

Type de cancer _____ Oncologue principal _____

Autres praticiens (les plus importants) _____

1. Quel symptôme

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Neuropathie fébrile | <input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique |
| <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Mucite buccale/stomatites | <input type="checkbox"/> Réactions cutanées (radiations) |
| <input type="checkbox"/> Saignements | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Nausée/vomissements | <input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

2. Parlez-moi de vos symptômes (facteurs déclencheurs, qualité, radiation, facteurs d'atténuation, gravité, autres symptômes, moment, déclencheurs, localisation)

3. Évaluation générale des symptômes (Données probantes : consensus d'experts)

Traitement reçu :

Radiothérapie : endroit _____

Chimiothérapie: nom de la chimiothérapie _____

Date du ou des derniers traitements _____

Depuis combien de temps le symptôme est-il apparu? _____

Nouveau symptôme? Oui Non Incertain

Averti que ce symptôme était possible? Oui Non Incertain

Autres symptômes? Oui Non Si oui, précisez :

Exposition récente à un virus connu? Oui Non Incertain Si oui, précisez _____

4. Médicaments, plantes médicinales, produits de santé naturels (nom, dose, usage actuel)?

| Médicament | Dose prescrite | Pris selon la prescription / Dernière dose si au besoin |
|------------|----------------|---|
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Certains de ces médicaments ont-ils été ajoutés ou modifiés récemment? Oui Non Si oui, précisez :

5. Pour approfondir l'évaluation, le triage et la gestion, consultez les guides de pratique d'évaluation des symptômes appropriés.

Références complètes

Anxiété

1. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7 (2):6-9.
2. Howell D, et al. A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, July 2015.
3. Oncology Nursing Society (ONS). Putting Evidence into practice (PEP): Anxiety. 2015. Sujet PEP mis à jour le 19 juin 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/anxiety>

Perte d'appétit

1. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Anorexia. 2015. Sujet PEP mis à jour le 11 mai 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/anorexia>
2. Dy SM, et al. Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *J Clin Oncol* 2008 Aug 10;26 (23):3886-95.
3. Cancer Care Ontario. Symptom Management Guide-to-Practice: Loss of Appetite. Toronto, Ontario; 2012.
4. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7 (2):6-9.

Saignements

1. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Prevention of bleeding. Sujet PEP mis à jour le 28 janvier 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/prevention-bleeding>
2. Hensley ML, et al. American Society of Clinical Oncology 2008 clinical practice guideline update: use of chemotherapy and radiation therapy protectants. *J Clin Oncol* 2009 Jan 1;27 (1):127-45.
3. Estcourt L, et al. Prophylactic platelet transfusion for prevention of bleeding in patients with haematological disorders after chemotherapy and stem cell transplantation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD004269.

Essoufflement/dyspnée

1. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Dyspnea. 2014. Sujet PEP mis à jour le 25 août 2014 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/dyspnea>
2. Dy SM, et al. Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *J Clin Oncol* 2008 Aug 10;26 (23):3886-95.
3. Cancer Care Ontario. Symptom Management Guide-to-Practice: Dyspnea. Toronto, Ontario, Canada; 2010.
4. Bausewein C, et al. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2): CD005623.
5. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7 (2):6-9.

Constipation

1. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Constipation. 2015. Sujet PEP mis à jour le 29 juillet 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/constipation>
2. Cancer Care Ontario. Symptom Management Guide-to-Practice: Bowel Care. Toronto, Ontario, Canada; 2012.
3. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7 (2):6-9.
4. National Institutes of Health: National Cancer Institute. Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v4.03. 2010.

Dépression

1. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7 (2):6-9.
2. Howell D, et al. A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, July 2015.
3. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Depression. 2015. Sujet PEP mis à jour le 19 juin 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/depression>

Diarrhée

1. Major P, et al. The Role of Octreotide in the Management of Patients with Cancer: Practice Guideline Report #12-7. Cancer Care Ontario, Program in Evidence Based Care; 2004.
2. Keefe DM, et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer* 2007 Mar 1;109 (5):820-31.

3. Benson AB, III, et al. Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. *J Clin Oncol* 2004 Jul 15;22 (14):2918-26.
4. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Diarrhea. 2015. Sujet PEP mis à jour le 9 juillet 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/diarrhea>
5. BC Cancer Agency. BCCA Guidelines for Management of Chemotherapy-Induced Diarrhea. 2004.
6. Schwartz L, et al. Professional Practice Nursing Standards - Symptom Management Guidelines: Cancer-Related Diarrhea. BC Cancer Agency;2014.
7. Cancer Care Ontario. Symptom Management Guide-to-Practice: Bowel Care. Toronto, Ontario, Canada; 2012.
8. National Institutes of Health: National Cancer Institute. Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v4.03. 2010.
9. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7 (2):6-9.
10. Lalla RV, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer* 2014 May 15;120 (10):1453-61.
11. Vehreschild MJ, et al. Diagnosis and management of gastrointestinal complications in adult cancer patients: evidence-based guidelines of the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Oncology (DGHO). *Ann Oncol* 2013 May;24 (5):1189-202.

Fatigue/Épuisement

1. Howell D, et al. Pan Canadian Practice Guideline for Screening, Assessment, and Management of Cancer-Related Fatigue in Adults Version 2-2015, Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Advisory Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, April 2015.
2. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Fatigue. 2015. Sujet PEP mis à jour le 11 mai 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/fatigue>
3. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7 (2):6-9.

Neutropénie fébrile

1. Freifeld AG, et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the infectious diseases society of america. *Clin Infect Dis* 2011 Feb 15;52 (4): e56-e93.
2. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology: Prevention and treatment of cancer-related infections. Version 2. 2015
3. Flowers, C. R., et al. (2013). Antimicrobial prophylaxis and outpatient management of fever and neutropenia in adults treated for malignancy: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol*, 31 (6), 794-810.
4. de Naurois J, et al. Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2010 May;21 Suppl 5:v252-v256.
5. National Institutes of Health: National Cancer Institute. Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v4.03. 2010.
6. Tam CS, et al. Use of empiric antimicrobial therapy in neutropenic fever. Australian Consensus Guidelines 2011 Steering Committee. *Intern Med J* 2011 Jan;41 (1b):90-101.
7. Alberta Health Services. Management of Febrile Neutropenia in Adult Cancer Patients. Alberta, Canada; 2014.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Neutropenic sepsis: prevention and management of neutropenic sepsis in cancer patients. Manchester, England; 2012.
9. Mendes AV, et al. New guidelines for the clinical management of febrile neutropenia and sepsis in pediatric oncology patients. *J Pediatr (Rio J)* 2007 May;83 (2 Suppl): S54-S63.
10. Neumann S, et al. Primary prophylaxis of bacterial infections and *Pneumocystis jirovecii* pneumonia in patients with hematological malignancies and solid tumors : guidelines of the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Oncology (DGHO). *Ann Hematol* 2013 Apr;92 (4):433-42.

Mucite buccale/Stomatites

1. Keefe DM, et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer* 2007 Mar 1;109 (5):820-31.
2. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Mucositis. 2015. Sujet PEP mis à jour le 29 juillet 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/mucositis>
3. Quinn B, et al. Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and

haematopoietic stem cell transplant patients. Eur J Cancer 2008 Jan;44 (1):61-72.

4. Cancer Care Ontario. Symptom Management Guide-to-Practice: Oral Care. Toronto, Ontario; 2012.
5. Broadfield L, et al. Best Practice Guidelines for the Management of Oral Complications from Cancer Therapy. Supportive Care Cancer Site Team, Cancer Care Nova Scotia; 2006.
6. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7 (2):6-9.
7. Lalla RV, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer 2014 May 15;120 (10):1453-61.
8. Clarkson JE, et al. Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev 2010;(8): CD001973.

Nausée et vomissements

1. Basch E, et al. Antiemetics: ASCO clinical practice guideline update. J Clin Oncol 2011 Nov 1;29 (31):4189-98.
2. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology: antiemesis. Version 2. 2015.
3. Gralla RJ, et al. MASCC/ESMO Antiemetic Guideline. 2013.
4. Naeim A, et al. Evidence-based recommendations for cancer nausea and vomiting. J Clin Oncol 2008 Aug 10;26 (23):3903-10.
5. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Chemotherapy-induced nausea and vomiting. 2015. Sujet PEP mis à jour le 2 février 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting/chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting>
6. Cancer Care Ontario. Symptom Management Guide-to-Practice: Nausea and Vomiting. Toronto, Ontario; 2010.
7. National Institutes of Health: National Cancer Institute. Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v4.03. 2010.
8. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7 (2):6-9.
9. Feyer PC, et al. Radiotherapy-induced nausea and vomiting: MASCC/ESMO guideline for antiemetics in radiotherapy: update 2009. Support Care Cancer 2011 Mar;19 Suppl 1:S5-14.
10. Cancer Care Nova Scotia. Guidelines for the Management of Nausea/Vomiting in Cancer Patients. Halifax, Nova Scotia; 2004.
11. Hesketh PJ, et al. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Focused Guideline Update. J Clin Oncol 2015 Nov 2.

Douleur

1. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7 (2):6-9.
2. Cancer Care Ontario. Symptom Management Guide-to-Practice: Pain. Toronto, Ontario, Canada: Cancer Care Ontario; 2010.
3. BC Cancer Agency. Symptom Management Guidelines: Pain. British Columbia, Canada; 2013.
4. Ministry of Health Malaysia. Clinical Practice Guidelines: Management of Cancer Pain. Putrajaya, Malaysia; 2010.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Control of pain in adults with cancer: A national clinical guideline. Edinburgh; 2008.
6. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical practice guidelines in oncology: Adult cancer pain. Version 2. 2015.
7. The British Pain Society. Cancer Pain Management. London; 2010.
8. Ripamonti CI, et al. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol 2011 Sep;22 Suppl 6:vi69-vi77.
9. Yamaguchi T, et al. Clinical guideline for pharmacological management of cancer pain: the Japanese Society of Palliative Medicine recommendations. Jpn J Clin Oncol 2013 Sep;43 (9):896-909.
10. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Pain. 2015. Sujet PEP mis à jour le 9 novembre 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/pain/acute-pain>

Neuropathie périphérique

1. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Peripheral neuropathy. 2015. Sujet PEP mis à jour le 29 juillet 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/peripheral-neuropathy>
2. Stubblefield MD, et al. NCCN task force report: management of neuropathy in cancer. J Natl Compr Canc Netw 2009 Sep;7 Suppl 5:S1-S26.
3. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical practice guidelines in oncology: Adult cancer pain. Version 2. 2015.
4. Caraceni A, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from

the EAPC. Lancet Oncol 2012 Feb;13 (2): e58-e68.

5. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7 (2):6-9.
6. Hershman DL, et al. Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. J Clin Oncol 2014 Jun 20;32 (18):1941-67.

Réaction cutanée aux radiations

1. Bolderston A, et al. The prevention and management of acute skin reactions related to radiation therapy: a systematic review and practice guideline. Support Care Cancer 2006 Aug;14 (8):802-17.
2. BC Cancer Agency. Care of Radiation Skin Reactions. British Columbia, Canada; 2013.
3. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7 (2):6-9.
4. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Radiodermatitis. 2015. Sujet PEP mis à jour le 29 juillet 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/radiodermatitis>
5. Chan RJ, et al. Prevention and treatment of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Cancer 2014;14:53.

Problèmes de sommeil

1. Bruera E, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7 (2):6-9.
2. Howell D, et al. A Pan-Canadian Practice Guideline: Prevention, Screening, Assessment and Treatment of Sleep Disturbances in Adults with Cancer. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, December 2012.
3. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP): Sleep-wake disturbances. 2015. Sujet PEP mis à jour le 29 juillet 2015 : <https://www.ons.org/practice-resources/pep/sleep-wake-disturbances>