**PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D’UN CANCER**

**Bilan de soins psychologique**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du patient**Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : N°SS : Adresse : Tel : Sexe : F [ ]  M [ ]  | **Motif du bilan :** **Bilan réalisé le :** **Par :** **A remettre à :**Nom de la structure coordinatrice : Nom du médecin traitant :  |

* **Antécédents Psychiatriques***(Bipolarité,**Vulnérabilité psychologique particulière (Antécédent de dépression…), d’éventuelle hospitalisation en psychiatrie…)* **:**  [ ]  Oui [ ]  Non

***Si Oui, quels antécédents :***

* **Antécédents familiaux psychiatriques** *(Décès par suicide, hospitalisation en psychiatrie…) :*

[ ]  Oui [ ]  Non

***Si Oui, quels antécédents :***

* **Evaluation du comportement***(La symptomatologie psychologique et psychiatrique (symptômes émotionnels (anxieux ou dépressifs), troubles du sommeil, relationnels ou du comportement) ; Autres symptômes (Risque Suicidaire, désespoir, perte d’autonomie récente, présence de troubles psychomoteurs, présence de troubles cognitifs ou de troubles des perceptions (hallucinations, illusions…) ; Présence de symptômes somatiques mal contrôlés (douleurs, fatigue, autres symptômes...) :*

* **Contexte de vie**

Evaluation du fonctionnement familial*(éléments de contexte de vie pouvant renseigner sur le soutien socio familial disponible ou mobilisable*) :

Evénements de vie récente ou significatifs :

* **Proposition d’hypothèses sur le fonctionnement psychique :**

* **Eventuelle directive :**

* **Autres prises en charge en soins de support :**
* **Choix et attentes du patient :**

**Adhésion du patient :**

[ ]  Mise en place d’un projet de soins psychologique accepté par le patient

[ ]  Refus du patient

**Signature du professionnel**