

**Place de l'intervention gériatrique chez les sujets âgés traités pour un cancer  
Essai de phase III**

## **Formation des Infirmières à la Gestion de Cas en Oncogériatrie**

**Compétences relationnelles : négociation, conflits,  
posture relationnelle, entretiens téléphoniques**

# L'entretien téléphonique en oncogériatrie



## Posture relationnelle

Pr Muriel RAINFRAY

# Qualités requises avec les patients

- Empathie
- Disponibilité
- Ecoute
- Souplesse
- Esprit de synthèse

# Qualités requises avec les patients

- Ecoute : compréhension du message
- Empathie : échange émotionnel

# Qualités requises avec les patients

- **Ecoute : compréhension du message**
  - Manifestations de l'écoute
    - Ecoute du verbal
    - Observation du non verbal
  - Obstacles à l'écoute
    - Inadéquate - Appréciative - Filtrée – Sympathique
    - Il ne faut pas que le guide méthodologique soit un obstacle à l'écoute
  - Facilitation de l'écoute
    - Se concentrer - Se montrer disponible - Endroit adéquat
    - **Réfléchir avant de répondre ...**

# Qualités requises avec les patients

- **Empathie : échange d'émotions**

## Manifestations d'empathie

- Identifier les émotions et en saisir l'intensité
- Aider le patient à les exprimer
- Communiquer en verbal

# Qualités requises avec les patients

- **Empathie : échange d'émotions**

## Obstacles à l'empathie

- Jugement rapide
- Sympathie
- Manque d'attention
- Langage non compréhensible
- Objectifs irréalistes

# Qualités requises avec les patients

- **Empathie : échange d'émotions**

## Facilitation de l'empathie

- Silence: recevoir ou téléphoner dans un endroit calme
- Recherche de similitudes
- Tolérance au stress
- Bon niveau d'énergie
- Expérience de la vie / Affirmation de soi
- Niveau de langage approprié
- Décodage des symboles



# Qualités requises avec les patients

- **Respect : considération de l'autre comme un être unique dont on accepte a priori les valeurs**

Obstacles au respect

- Comportements punitifs et désapprobateurs
- Jugements de valeur
- Utilisation de phrases toutes faites
- Fausse écoute / Ton de voix infantilisant
- Non reconnaissance du vécu
- Manque de confiance dans les capacités de l'autre

# Qualités requises avec les professionnels

- Se présenter, rappeler le cadre du protocole
- Ne pas déranger ... mais informer
- Appeler les secrétariats et prendre RV Téléphonique
- Souplesse : s'adapter au mode de fonctionnement de chaque professionnel
- Etre dans le dialogue
- Comprendre les difficultés des autres

# Qualités requises avec les professionnels

- Esprit de synthèse
  - Résumer clairement une situation en quelques phrases
  - En extraire les choses importantes
  - Les exprimer avec un langage compréhensible par l'interlocuteur
    - Médecin et soignants: termes médicaux
    - Professionnels du secteur social :
      - Perte d'autonomie en termes concrets (pas d'échelles)
      - besoin d'aides
      - Pas de renseignements médicaux par téléphone

# L'entretien téléphonique en oncogériatrie



**Suivi infirmier**

**Mme Marie-Dominique ZWOLAKOWSKI**

# L'intention

- Suivi thérapeutique en terme de SOIN
- Amélioration, continuité du parcours de soin
- Personnalisation de la prise en charge
- Approche éducative
- Moyen d'évaluation / contexte de vie
- Assurer le lien entre les professionnels intra et extra muros
- Traçabilité



# Objectifs

Coordonner :

- Lien Ville-Hôpital
- Lien parcours social

Rompres l'isolement  
Travailler ensemble

Ajuster  
Anticiper

Soutenir  
Accompagner  
Informer

Évaluation TTT et  
vécu du patient

# S'organiser

Relevé des coordonnées téléphoniques :

- Lieu de vie du patient
- Soignants libéraux :
  - Médecin traitant
  - Infirmière
  - Auxiliaire de vie, aide ménagère
  - Liens sociaux (assistante sociale de secteur, APA, CCAS.....)



Entente préalable avec le patient du rendez-vous téléphonique dans le cadre du protocole.



Patient acteur de son parcours de soin

# Lien(s) partenaire(s)

Systematique :

**L'infirmière libérale** du patient :



- informations sur la prise en charge du patient dans le cadre du protocole, et du lien réalisé par le médecin gériatre de l'équipe vers le médecin traitant du patient
- recueil / vécu antérieur, conditions de vie, entourage...
- son appréciation.

Si nécessaire :

Autre(s) partenaire(s) médicaux et sociaux qui gravitent autour du patient / besoins du patient et des actions mises ou à mettre en place.

 **Optimisation des compétences**



# Qualité de l'entretien téléphonique

L'entretien doit être synthétique, pertinent :

- ↪ Faciliter la compréhension du patient.
- ↪ Apprécier l'évolution des fragilités connues
- ↪ Dépister les nouveaux besoins
- ↪ Ajuster les aides



# Conduite de l'entretien

- **Entendre** le patient : rechercher les nouveaux besoins et/ou symptômes rapportés ou dépistés
- **Cibler** chaque symptôme ancien ou nouveau
- **Définir** le degré d'alerte
- **Repérer** les besoins psychosociaux



Proposer des actions, renouveler les conseils

Qualité du maintien au domicile

Accompagner - Soutenir

**Pathologie cancéreuse**



**Protocole de chimiothérapie**

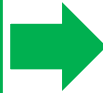


**Toxicités attendues**

# Symptôme(s) / Impact(s)

## Effets secondaires attendus

- Asthénie (+/- anémie)
- Trouble digestif
- Anorexie/Amaigrissement
- Anxiété
- Dysesthésie
- Troubles cutanés, inguéaux
- Alopécie



## Retentissements éventuels

- Perte d'autonomie
- Trouble fonctionnel
- Dénutrition
- Douleur
- Troubles du sommeil
- Déprime, isolement
- Altération image corporelle

# L'entretien téléphonique :



les cibles  
le recueil

# L'asthénie

↙ Evaluation subjective du patient

## Symptôme(s):

- Degré de fatigue
- Espace temps
- Essoufflement

## Retentissement(s) :

- Besoins personnels
- Altération fonctionnelle : domestique, loisirs...
- Humeur, cognitif



*Anémie*

*SD infectieux*

# L'autonomie

- ↳ Évaluation des besoins quotidiens (**ADL**)
- ↳ Évaluation des activités instrumentales (**IADL**)

Autonomie : maintenue , altérée , améliorée

Aide entourage

Aide professionnelle : satisfaisante, insuffisante

Action entreprise par le patient (ou de l'entourage)

# L'état fonctionnel

↘ Trouble locomoteur ou fonctionnel :

Existant, nouveau, majoré ?

Chute récente ?

Appui mécanique ? Aide humaine ?

Faiblesse musculaire ressentie ?

→ impact sur l'autonomie ?

↘ Activité physique actuelle

↘ Soutien professionnel



*Neurotoxicité/chimio*

*Sarcopénie/dénut*

*ATCD/neuro, ortho,  
arthrose, ostéoporose*



# L'état nutritionnel

## ↪ Appréciation du **MNA**

Courbe pondérale (hebdomadaire)

Appétit : maintenu, variable, altéré

Troubles digestifs

Nombre de repas, collation

Hydratation quotidienne

Troubles dentaires

Dysgueusie, xérostomie, mucite, dysphagie

→ Actions entreprises par le patient

→ Conseils diététiques... maintenus, à renforcer

→ CNO ?



*Asthénie*  
*Dysthymie*  
*Cognitif*  
*Opiacé*

# Conséquences des troubles digestifs

Anorexie, trouble hydro-électrolytique, déshydratation  
→ conséquences souvent sévères chez le sujet âgé :

## La cascade

**Perte de poids** → fonte musculaire → trouble de la marche, de l'équilibre → chute → alitement → déshydratation → syndrome confusionnel...

Le patient ne doit pas les « ignorer »

### Intervention du Médecin traitant :

- Médication préventive et/ou curative
- Surveillance biologique si nécessaire

# Le confort corporel

**Sécheresse cutanée** plus ou moins accentuée pouvant nécessiter des soins corporels d'hygiène spécifiques :

- *Nettoyage au pain dermique sans savon, savon surgras (Aven, Biotherm)*
- *Crème émolliente, crème à base d'urée (seule DEXERIL remboursé SS)*
- *Éviter les variations brutales de température*
- *Porter des gants pour le ménage, la vaisselle*
- *Port de manchons glacés en cours de ttt*
- *Crème solaire haute protection (corps, mains, pieds)*

# Trouble cutané et unguéal

**Syndrome mains-pieds** (érythrodysesthésie palmo-plantaire) : rougeur, œdème, desquamation, cloques, crevasses, douleurs.

- *Hydratation, chaussettes, gants ...*

**Onycholyse** : décollement des ongles, lignes colorées, épaissement de l'ongle, douleurs, chute de l'ongle.

- *Pose d'un vernis spécifique au silicium, avant le traitement à renouveler tous les 5 jours pour les mains, 10jrs pour les pieds. Poursuivre 6 mois après arrêt ttt - Pas d'acétone*

# Alopécie

## Prévention, conseil et soutien :

- Orientation vers un prothésiste
- Éviter toutes agressions chimiques (*couleur, permanente*)
- Laver les cheveux *avant ttt et 3 jrs après, coupe... Casque (10'avt ttt et maintien pdt 2h après) efficacité minime*
- Laver et hydrater le cuir chevelu pendant l'alopécie

## Conséquences :

Altération de l'image corporelle → isolement, repli

# La douleur

Localisation, durée, moment

Ancienne, nouvelle

Lien : comorbidité, cancer

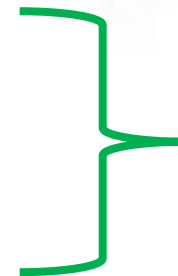
Intensité : EVA : suivi de la courbe

Retentissement actuel

→ Actions entreprises par le patient

→ Intervention spécifique

→ Impact qualité de vie, humeur



Efficacité



# La thymie

- Humeur : anxiété, tristesse, agitation, apathie, anhédonie, confusion
- Sommeil : insomnie, somnolence diurne
- Craintes, inquiétudes
- Maintien des loisirs
- Relation sociale
- Soutien spécifique ?
- TTT médicamenteux ?



*Isolement*  
*Douleur*  
*Altération image*  
*Estime de soi*  
*Bienveillance*

# Et ....

## **Autre symptôme :**

- Respiratoire : dyspnée, toux, encombrement
- Urinaire : brulure, dysurie, pollakiurie
- Hémorragique (localisation)
- Trouble sensoriel : vision (*chute*), audition

## **Surveillance :**

- Comorbidités : évolution, impact
- Observance du traitement habituel et du traitement spécifique



# Intervenant(s) au domicile

- Visite du médecin traitant
- Soins infirmiers
- Intervenants sociaux
- Kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, bénévole, autre....
- Soutien familial, amical, voisinage



Fréquence ? Acte ?

Satisfaisant ? Insuffisant ?

# Ajuster

Nouveaux besoins exprimés

Plaintes physiques ou psychiques

→ Actions mises en place par le patient

→ Actions demandées par le patient

→ Actions proposées par l'appelant



Coordination : partenaires médicaux et sociaux

Traçabilité dossier patient

# En fin d'entretien

## ➤ Le patient :

- Reformulation des conseils évoqués, des actions discutées...
- Conduites à tenir

## ➤ L'infirmier(ère) :

- Résumé des points essentiels,
- Résumé des actions éventuelles (lien partenaires médicaux et sociaux)
- Mise à disposition.

# Finalité de l'entretien téléphonique

- ↪ Augmente la sécurité patient
- ↪ Qualité et continuité des soins
- ↪ Anticipation (détecter précocément : toxicités/ttt, AEG...)
- ↪ Partage des connaissances et des pratiques



Prise en charge optimale, multidisciplinaire, individualisée  
L'infirmier(ère) est l'articulation entre des acteurs dont le champ de compétence doit être respecté.

# CONCLUSION

Tous ces effets secondaires induits par la chimiothérapie peuvent s'intriquer et être responsables d'une altération du patient.

La qualité de vie du patient âgé dépend de l'efficacité de l'intervention gériatrique, des actions mises en place et du suivi global.

Chaque paramètre médicaux socio culturel doit être pris en considération

# Fiches infirmières

- **Fiche de synthèse initiale du patient** (outil de travail) + définition des interventions gériatriques
- **Fiche de suivi téléphonique** (outil de travail) + suivi des interventions gériatriques

# Fiche de synthèse initiale (1/2)

Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

NOM		N° DOSSIER	
PRÉNOM		VILLE DE RÉSIDENCE	
DATE DE NAISSANCE	...../...../.....	DÉPARTEMENT	
ÂGE		TÉLÉPHONE LIEU DE VIE	...../...../.....
ONCOLOGUE RÉFÉRENT		CENTRE DE SOINS	
GÉRIATRE RÉFÉRENT		TYPE DE CANCER	

MODE DE VIE / FAMILLE / ENTOURAGE DU PATIENT	
<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve)	<input type="checkbox"/> enfant(s)  ____
<input type="checkbox"/> vit seul <input type="checkbox"/> avec conjoint <input type="checkbox"/> chez famille	<input type="checkbox"/> vit en structure : .....
Personne ressource	NOM ..... Âge  ____  Etat de santé actuel <input type="checkbox"/> très bon <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> mauvais

COMORBIDITÉS	

TRAITEMENTS HABITUELS	

SCORES			
GB  _ _ _ /17	ADL  _ /6	IADL  _ /8	MNA  _ _ /12  _ _ /30
MMS  _ _ /30	GDS-15  _ _ /15	EVA Douleur  _ _ /10	

ÉVALUATION DU PATIENT	
Autonomie	<input type="checkbox"/> très bonne <input type="checkbox"/> <del>bonne</del> <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> mauvaise
Asthénie	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> fluctuante
Locomotion	Troubles de la marche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Troubles de l'équilibre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Appui mécanique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Chute(s) dans les 6 derniers mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   si oui, nombre  ____
Nutrition/ troubles digestifs	Dans les 6 derniers mois : <input type="checkbox"/> perte de poids -  _ _  kg <input type="checkbox"/> gain de poids +  _ _  kg Appétit <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> mauvais Anorexie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Moral	<input type="checkbox"/> très bon <input type="checkbox"/> <del>bon</del> <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> mauvais
Sommeil	<input type="checkbox"/> très bon <input type="checkbox"/> <del>bon</del> <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> mauvais
Douleur	Score EVA  _ _ /10   Localisation de la douleur : ..... <input type="checkbox"/> ancienne <input type="checkbox"/> nouvelle <input type="checkbox"/> liée au cancer <input type="checkbox"/> liée comorbidités
Troubles cutanés	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> sévère
Autres symptômes	.....

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

# Fiche de synthèse initiale (2/2)

AIDES DÉJÀ EN PLACE (avant l'évaluation initiale) professionnelles ou informelles et coordonnées		
Aides	NOM / société	Fréquence d'aide
<input type="checkbox"/> soignant (IDE, aide-soignant...)	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> kinésithérapeute	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> aide-ménagère	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> auxiliaire de vie	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> portage des repas	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> téléalarme	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> aide psychologique	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> diététicienne/nutritionniste	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> assistante sociale	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> famille / entourage proche	..... Tél : .....	
<input type="checkbox"/> autre aide : .....	..... Tél : .....	



# Définition des interventions gériatriques

## Synthèse – Définition de la prise en charge gériatrique

Le patient nécessite-t-il des interventions gériatriques ?  oui  non

Si oui, quelles sont les interventions gériatriques définies dans le plan de prise en charge ?

### 1. Modifications thérapeutiques et équilibrage des pathologies chroniques oui non

*(en accord avec le médecin généraliste)*

Réévaluation des indications de traitement et/ou adaptation thérapeutique  oui  non

Recours à un médecin spécialiste  oui  non

Mesures non médicamenteuses (règles hygiéno-diététiques, appareillage...)  oui  non

### 2. Traitement de la douleur oui non

Mesures médicamenteuses (antalgiques de palier 1 à 3)  oui  non

Mesures non médicamenteuses (kinésithérapie, appareillage...)  oui  non

### 3. Intervention nutritionnelle oui non

Conseils d'enrichissement alimentaire simple  oui  non

Consultation avec une diététicienne/nutritionniste  oui  non

### 4. Augmentation de l'activité physique oui non

### 5. Kinésithérapie oui non

Prescription de séances de kiné  oui  non

Prescription de matériel d'aide à la marche  oui  non

### 6. Soutien psychologique oui non

### 7. Prévention de la confusion (en cas d'hospitalisation) oui non

Surveillance comportementale (pendant la chimiothérapie)  oui  non

Protocole « HELP » de prévention de la confusion  oui  non

### 8. Prise en charge des troubles du sommeil oui non

### 9. Prise en charge sociale oui non

Demande spontanée du patient  oui  non

Orientation avec une assistante sociale  oui  non

### 10. Mise en place d'un plan d'aide à domicile oui non

Prescription IDE  oui  non

Prescription kiné  oui  non

Aide-ménagère  oui  non

Auxiliaire de vie  oui  non

Portage des repas  oui  non

# Fiche de suivi téléphonique (1/2)

## SUIVI TÉLÉPHONIQUE INFIRMIER n° |\_\_|\_\_|

Date de l'appel |\_\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_| IDE : .....

Heure début appel : |\_\_|\_|\_| : |\_\_|\_|\_| Heure fin appel : |\_\_|\_|\_| : |\_\_|\_|\_|

NOM		N° DOSSIER	
PRÉNOM		ONCOLOGUE RÉFÉRENT	
DATE DE NAISSANCE	...../...../.....	GÉRIATRE RÉFÉRENT	
ÂGE		CENTRE DE SOINS	
NOMBRE DE CYCLES CT		TYPE DE CANCER	

### APPEL DU PATIENT

Origine de l'appel	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> soignant à domicile <input type="checkbox"/> structure d'hébergement
Appel	<input type="checkbox"/> programmé <input type="checkbox"/> non programmé

### ÉVALUATION DU PATIENT (depuis le dernier suivi)

Mode de vie	<input type="checkbox"/> inchangé <input type="checkbox"/> modifié : .....
Autonomie	<input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> améliorée <input type="checkbox"/> altérée
Asthénie	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> fluctuante
Locomotion	Troubles de la marche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Troubles de l'équilibre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Appui mécanique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Chute(s) depuis le dernier contact <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, nombre  ____
Nutrition/ troubles digestifs	Poids du jour  __ _ _  kg <input type="checkbox"/> refus de se peser <input type="checkbox"/> pas de balance <input type="checkbox"/> perte de poids -  __ _ _  kg <input type="checkbox"/> gain de poids +  __ _ _  kg Appétit <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> mauvais Anorexie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Troubles digestifs : .....
Moral	<input type="checkbox"/> très bon <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> mauvais
Sommeil	<input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> amélioré <input type="checkbox"/> altéré
Douleur	Score EVA  __ _ _ /10 Localisation de la douleur : .....
Troubles cutanés	<input type="checkbox"/> ancienne <input type="checkbox"/> nouvelle <input type="checkbox"/> liée au cancer <input type="checkbox"/> liée comorbidités
	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> sévère

Autres symptômes/effets chimiothérapie	..... .....
Hospitalisations	<input type="checkbox"/> programmée(s) <input type="checkbox"/> non programmée(s)
	Motif hospitalisation : .....
	Date d'admission ...../...../..... Date de sortie ...../...../.....
	Motif hospitalisation : .....
	Date d'admission ...../...../..... Date de sortie ...../...../.....
	Motif hospitalisation : .....
	Date d'admission ...../...../..... Date de sortie ...../...../.....

### APPEL(S) À D'AUTRE(S) PROFESSIONNEL(S)

Cet entretien téléphonique a-t-il nécessité d'appeler des professionnels (de santé ou travailleurs sociaux) ?  oui  non

Si oui, nombre |\_\_|\_|\_| durée totale |\_\_|\_|\_| min

### NOUVELLES AIDES mises en place ou à mettre en place ce jour (professionnelles ou informelles)

Aides	NOM / société	Fréquence d'aide
<input type="checkbox"/> soignant (IDE, aide-soignant..)	Tél : .....	
<input type="checkbox"/> kinésithérapeute	Tél : .....	
<input type="checkbox"/> aide-ménagère	Tél : .....	
<input type="checkbox"/> auxiliaire de vie	Tél : .....	
<input type="checkbox"/> portage des repas	Tél : .....	
<input type="checkbox"/> téléalarme	Tél : .....	



# Suivi des interventions gériatriques (1/2)

## Suivi des interventions gériatriques

### 1. Modifications thérapeutiques et équilibrage des pathologies chroniques

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - OOO
  - qj arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - qj nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui, préciser :
- Réévaluation des indications de traitement et/ou adaptation thérapeutique  oui  non
  - Recours à un médecin spécialiste  oui  non
  - Mesures non médicamenteuses (règles hygiène-dietétiques, appareillage...)  oui  non

### 2. Traitement de la douleur

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - OOO
  - qj arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - qj nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui, préciser :
- Mesures médicamenteuses (antalgiques de palier 1 à 3)  oui  non
  - Mesures non médicamenteuses (kinésithérapie, appareillage...)  oui  non

### 3. Intervention nutritionnelle

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - OOO
  - qj arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - qj nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui, préciser :
- Conseils d'enrichissement alimentaire simple  oui  non
  - Consultation avec une diététicienne/nutritionniste  oui  non

### 4. Augmentation de l'activité physique

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - OOO
  - qj arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - qj nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui

### 5. Kinésithérapie

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - OOO
  - qj arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - qj nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui, préciser :
- Prescription de séances de kiné  oui  non
  - Prescription de matériel d'aide à la marche  oui  non

### 6. Soutien psychologique

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - OOO
  - qj arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - qj nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui

# Suivi des interventions gériatriques (2/2)

## 7. Prévention de la confusion (en cas d'hospitalisation)

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - non
  - oui arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - oui nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui, préciser :

Surveillance comportementale (pendant la chimiothérapie)  oui  non  
Protocole « HELP » de prévention de la confusion  oui  non

## 8. Prise en charge des troubles du sommeil

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - non
  - oui arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - oui nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui

## 9. Prise en charge sociale

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - non
  - oui arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - oui nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui, préciser :

Demande spontanée du patient  oui  non  
Orientation avec une assistante sociale  oui  non

## 10. Mise en place d'un plan d'aide à domicile

oui  non

Intervention précédemment proposée  oui  non

Si oui, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

- Suivi de l'intervention :  complet  partiel  non  ne sait pas
- Modification de l'intervention :
  - non
  - oui arrêt de l'intervention, raison de l'arrêt : | \_\_\_\_\_ |
  - oui nouvelle(s) aide(s) /recommandation(s) à mettre en place

Si non, depuis le dernier contact et/ou à l'issue du bilan :

Nécessité de mettre en place une intervention :  non  oui, préciser :

Prescription IDE  oui  non  
Prescription kiné  oui  non  
Aide-ménagère  oui  non  
Auxiliaire de vie  oui  non  
Portage des repas  oui  non