

Le 03/10/2018

## ONCOLOGIE

**Dr Z**  
Secrétariat : Tél.  
**AZ/CL**

Monsieur le Docteur B. Régis

**Mme A** , née le **1944**

Compte-rendu de notes du 3 octobre 2018

Appel du Docteur D. qui a lu le myélogramme, et qui retrouve une infiltration importante de grandes cellules dans le cadre de ce LNH\* de phénotype B à grandes cellules stade IV osseux.

Il a été décidé d'envisager une chimiothérapie de façon urgente de type R-CHOP qui pourrait démarrer dans la semaine du 15 octobre.

Je téléphone ce jour à l'anatomopathologiste qui a réalisé la lecture de la biopsie ; il n'y a pas d'élément pour un Burkitt ; il est toutefois demandé une relecture auprès de Madame le Professeur R.

Docteur Alain Z

Document validé électroniquement

\* Lymphome non Hodgkinien

Le 18/10/2018

**ONCOLOGIE**

**Dr C**  
Secrétariat : Tél.  
TCR/MB

Monsieur le Docteur B. Régis

**Mme A , née le 1944**

**Hospitalisation du 15 au 17 octobre 2018**

Vue en hospitalisation de jour pour le premier cycle de chimiothérapie protocole R CHOP pour le traitement d'un lymphome B à grandes cellules.

La chimiothérapie a été bien tolérée ; bilan biologique satisfaisant en dehors d'un taux de potassium à 2,7 mmol/l. Nous avons administré par voie I.V. chlorure de potassium 3 g sur 6 heures avec une bonne tolérance permettant lors du bilan de contrôle, une kaliémie le jour-même, soit le 17 octobre à 3,6 mmol/l. A noter absence de signe clinique d'hypokaliémie en-dehors d'une asthénie déjà connue.

1 1 1 1  
Le traitement actuel : STILNOX SOLUPRED et ZYLORIC INEXIUM.

1  
En vue de prévention primaire de neutropénie fébrile, NEULASTA a été administré à J2 avec une bonne tolérance ; poursuite du traitement actuel en hospitalisation à domicile (HAD) demande faite.

1  
Traitement de sortie : DIFFU K 2 gélules par jour avec une surveillance et un bilan biologique à réaliser.

**Au total : un épisode d'hypokaliémie en cours de 1<sup>er</sup> cycle de R CHOP résolutif.**

**Patient sortant en HAD traitement actuel à réévaluer.**

Docteur C

Document validé électroniquement

1 – Voir annexe page 21

Le 30/10/2018

**MEDECINE POLYVALENTE URGENCE**

**Signataire courrier : Dr A. G**

Secrétariat médical :

PS

**Courrier principal adressé à :**

Mr le Dr B

**Copie(s) adressée(s) à :**

DIM

Monsieur le Docteur B. Régis

**Médecine polyvalente urgence**

Cher confrère,

Votre patiente, Madame A, née en 1944, a été hospitalisée dans le service de médecine polyvalente urgence du 25 au 29 octobre 2018 pour aplasie fébrile.

Voici la synthèse de son hospitalisation.

**AU TOTAL :**

Hospitalisation pour aplasie fébrile post-chimiothérapie dans le cadre d'un traitement de lymphome non Hodgkinien à grandes cellules, suivi par le Docteur Z. Contexte d'antibiothérapie en cours depuis six jours.

Pancytopenie fébrile avec anémie à 8,8 g/dl et neutropénie fébrile. Isolement protecteur.

Fenêtre thérapeutique\* puisque l'antibiothérapie a été mise en place plus de six jours.

Régression du syndrome infectieux et de la pancytopenie fébrile avec une sortie d'aplasie. Elle a tout de même bénéficié d'une transfusion de deux culots globulaires et d'une injection de NEULASTA.

La CRP est à 6 et la patiente est apyrétique à la sortie.

Je vous rappelle que Madame A est sous corticoïdes, je prévois un ionogramme de contrôle avec une créatinine de contrôle dans quelques jours.

\*Fenêtre thérapeutique signifie interruption provisoire d'un traitement.

Docteur A

Document validé électroniquement

1 – Voir annexe page 21

Nom : Madame A

Prénom :

DDN :

Adresse :

Tel :



## CONSULTATION INFIRMIÈRE DE COORDINATION

Fédération de cancerologie

Infirmière chargée de la consultation : 1<sup>me</sup> X .....

Date : 03 / 10 / 2018

Temps de consultation : 1 h 00

Autre(s) professionnel(s) présent(s) :

Lieu de la consultation : Bureau infirmier

### PRÉPARATION DE LA CONSULTATION

Médecin référent : M<sup>e</sup> & D<sup>r</sup> Z.

Préparation de la cs° à partir de :

Dossier médical  Informations orales  Fiche dispositif d'annonce médecin  RCP  PPS

Diagnostic médical : Lymphome non hodgkinien stade IV osseux.

Antécédents :

### ACCUEIL DU PATIENT

Personnes de l'entourage présentes : son mari

Motif de la consultation : Consultation d'annonce infirmière

Manifestation émotionnelles observées :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Peur               | <input type="checkbox"/> Sidération              |
| <input type="checkbox"/> Colère             | <input type="checkbox"/> Pleurs             | <input checked="" type="checkbox"/> Ecoute calme |
| <input type="checkbox"/> Mutisme            | <input type="checkbox"/> Euphorie           | <input type="checkbox"/> Indifférence            |
| <input type="checkbox"/> Agressivité        | <input type="checkbox"/> Attitude combative | <input type="checkbox"/> Echange interactif      |
| <input type="checkbox"/> Autre :            |   |  |

Comportement de l'entourage (s'il est significatif) :

Son mari pose beaucoup de questions

Eléments abordés par le patient :

Son histoire personnelle / l'histoire de sa maladie  Ses souhaits  
 Sa prise en charge actuelle (HAD, Réseau...) laquelle :  
... exprime des craintes vis à vis des nausées -  
... veut commencer le traitement après une fête de  
famille qui aura lieu le 13 octobre 2018 -

Termes utilisés par le patient :

- Cancer       Kyste       Nodule  
 Tumeur       Lésion       Autres

Craintes exprimées par le patient :

- La maladie       Les effets secondaires       L'environnement familial  
 La mort       L'efficacité des traitements       Son travail  
 La douleur  
 Autre : .....

Symptômes ressentis et décrits par le patient :

**IDENTIFICATION DES BESOINS**

Situation personnelle, professionnelle et sociale :

Marié(e)     Vie maritale     Veuf(ve)     Célibataire     Divorcé(e)

Seul(e) à la maison : oui/non

Personne de confiance : son mari

Enfant(s) ou personnes à charges Si oui, combien : 2      Age des enfants :

Ne parle pas français     Ne sait pas lire le français     Tutelle     Curatelle

Croyances : .....  
Type de logement (appartement, maison, foyer...) .....maison.....individuelle.....

Pensez-vous avoir besoin d'aide à domicile oui / non

Isolément géographique et/ou social ? .....

En activité salariée / libérale / commerçant / fonction publique : ancienne couturière

Sans emploi     Chômage     Arrêt de travail     Retraite

Affilié SS     Mutuelle     CMU     AME     En France depuis moins de 3 mois

Lieu de résidence hors France

Problèmes économiques : .....

Loisirs : .....couture.....lecture.....

Animaux : .....

Présentation physique :

Prothèses (auditives, orthopédiques...) : oui/non

Stomie : oui/non

Pansement : oui/non

Mobilité :

Voie centrale : oui/non

Particularités : C.C.I en attente de pose au bloc

Prise en charge diététique :

Evaluation nutritionnelle du patient :

Poids : 58 Kg Taille : 1m 58

IMC :

Perte de poids : -3 Kg Prise de Poids :

Depuis :

Régime  Liquide  Mouliné  Normal  Pauvre en Résidu  Diabétique

Contrôlé en glucides  Particularités alimentaires

Fractionné  Autres

Suppléments diététiques .....  Autres .....

Symptômes :

Inappétence  Dysphagie  Dégout  Nausées  Vomissements  Diarrhées

Constipation  Autres *suite au traitement pour la douleur*

Prise en charge psychologique :

Angoisse, anxiété  oui / non

Asthénie, apathie  oui / non

Troubles du sommeil  oui / non

Troubles de l'appétit  oui / non

Modification des relations familiales  oui / non

Modification des relations professionnelles  oui / non

Conduites addictives  oui / non

Douleurs :

EN = 6 / 10

Localisation, facteurs déclenchants : *Cuisse gauche*

Prise d'antalgiques :  oui / non

Lesquels : *Paracétamol 500mg si besoin*

Efficacité du traitement :  oui / non

Allergies :

**EVALUATION DES CONNAISSANCES DU PATIENT**

Reformulation par le patient (traitement, effets secondaires...)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Evaluation de la compréhension :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Les informations complémentaires apportées :

- Explication du traitement       Présentation de la chambre implantable  
 Explication des effets secondaires       Remise de documents

Attitude du patient à la fin du temps d'accompagnement soignant :

.....  
.....

- Adhésion au projet thérapeutique

**ORIENTATION VERS LES SOINS DE SUPPORT**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale       | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psychologue   | <input checked="" type="checkbox"/> Équipe mobile de la douleur |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diététicienne | <input type="checkbox"/> EMSS/ EMSP                             |
| <input type="checkbox"/> Soins esthétiques        | <input type="checkbox"/> ERI                                    |
| <input type="checkbox"/> Autres, préciser         |   |

**Programmation de la prise en charge :** cf : PPS

**Coordonnées téléphoniques laissées au patient ou en possession du patient.**

| PROJET PERSONNALISE DE SOINS                     |                                      |         |         |         |          |              |          |          |                     |          |          |          |          |             |          |          |         |         |         |
|--|--------------------------------------|---------|---------|---------|----------|--------------|----------|----------|---------------------|----------|----------|----------|----------|-------------|----------|----------|---------|---------|---------|
| DU   | 15 octobre 2018                      |         |         |         | AU       | 11 mars 2019 |          |          |                     | Madame A |          |          |          |             |          |          |         |         |         |
| TRAITEMENT                                       | Médecin référent                     | R CHOP  |         |         |          |              |          |          |                     |          |          |          |          |             |          |          |         |         |         |
|  |                                      | octobre | octobre | octobre | novembre | novembre     | novembre | novembre | novembre            | décembre | décembre | décembre | décembre | décembre    | décembre | décembre | janvier | janvier | janvier |
|  |                                      | 42      | 43      | 44      | 45       | 46           | 47       | 48       | 49                  | 50       | 51       | 52       | 53       | 54          | 55       | 56       |         |         |         |
|  |                                      | R CHOP  |         | R CHOP  |          | R CHOP       |          | R CHOP   |                     | R CHOP   |          | R CHOP   |          | R CHOP      |          |          |         |         |         |
| CHIRURGIE  |                                      |         |         |         |          |              |          |          |                     |          |          |          |          |             |          |          |         |         |         |
| CHIMIOTHERAPIE                                   | Dr Z                                 | lun 15  | lun 22  | lun 29  | lun 5    | lun 12       | lun 19   | lun 26   | lun 3               | lun 10   | lun 17   | lun 24   | lun 31   | lun 7       | lun 14   | lun 21   |         |         |         |
|  | CST PRESCRIPTION                     | /       |         |         | ven 2    |              |          | ven 23   |                     |          | /        |          |          |             |          |          |         |         |         |
| BILAN SANGUIN                                    | A faire la veille de la chimio       |         |         |         |          |              |          |          |                     |          |          |          |          |             |          |          |         |         |         |
| N° DE CURE                                       |                                      | CL      |         |         | C2       |              |          | C3       |                     |          | C4       |          |          | C5          |          |          |         |         |         |
| JOEUR DE CURE                                    |                                      |         |         |         |          |              |          |          |                     |          |          |          |          |             |          |          |         |         |         |
| BILANS DE SURVEILLANCE                           |                                      |         |         |         |          |              |          |          |                     |          |          |          |          | ECHO COEUR  |          |          |         |         |         |
| CONSULTATIONS DE SURVEILLANCE                    |                                      |         |         |         |          |              |          |          |                     |          |          |          |          | SCANNER TAP |          |          |         |         |         |
|  |                                      |         |         |         |          |              |          |          |                     |          |          |          |          | TEP SCANN   |          |          |         |         |         |
| REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) |                                      |         |         |         |          |              |          |          |                     |          |          |          |          |             |          |          |         |         |         |
| Date :   | Document rédigé le : 15 octobre 2018 |         |         |         |          |              |          |          | Signature médecin : |          |          |          |          |             |          |          |         |         |         |

|                              |                 |  |  |    |              |  |  |          |  |  |  |  |
|------------------------------|-----------------|--|--|----|--------------|--|--|----------|--|--|--|--|
| PROJET PERSONNALISE DE SOINS |                 |  |  |    |              |  |  |          |  |  |  |  |
| DU                           | 15 octobre 2018 |  |  | AU | 11 mars 2019 |  |  | Madame A |  |  |  |  |

| TRAITEMENT                    | Médecin référent               | Janvier | février | février | février | mars   | mars  | mars   | mars   | avril  | avril | avril | mai    |             |        |       |
|-------------------------------|--------------------------------|---------|---------|---------|---------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|-------------|--------|-------|
|                               |                                | 57      | 58      | 59      | 60      | 61     | 62    | 63     | 64     | 65     | 66    | 67    | 68     | 69          | 70     | 71    |
| Sémanies                      |                                |         |         |         |         |        |       |        |        |        |       |       |        |             |        |       |
| CHIRURGIE                     |                                | R CHOP  |         |         |         |        |       |        |        |        |       |       |        |             |        |       |
| CHIMIOTHERAPIE                | Dr Z                           | lun 29  | lun 4   | lun 11  | lun 18  | lun 25 | lun 4 | lun 11 | lun 18 | lun 25 | lun 1 | lun 8 | lun 15 | lun 22      | lun 29 | lun 6 |
| CST PRESCRIPTION              |                                |         |         |         |         |        |       |        |        |        |       |       |        |             |        |       |
| BILAN SANQUIN                 | A faire la veille de la chimio |         |         |         |         |        |       |        |        |        |       |       |        |             |        |       |
| N° DE CURÉ<br>JOUR DE CURÉ    |                                | C6      |         | C7      |         |        | C8    |        |        |        |       |       |        |             |        |       |
| BILANS DE SURVEILLANCE        |                                |         |         |         |         |        |       |        |        |        |       |       |        | ECHO COEUR  |        |       |
| CONSULTATIONS DE SURVEILLANCE |                                |         |         |         |         |        |       |        |        |        |       |       |        | SCANNER TAP |        |       |
|                               |                                |         |         |         |         |        |       |        |        |        |       |       |        | TEP SCANN   |        |       |

Madame A  
ETIQUETTE PATIENT  
TIP: 441 26 57 644



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

ETIQUETTE UF

## SYNTHESE DE SOIN

|  |  |
|--|--|
| <b>MACROCLE D'ENTREE</b>   |  |
| Si risque identifié ouvrant une cible dans le CDAR   |  |
| Ressent à la maladie et l'hospitalisation ou l'hébergement – Croyances et convictions – Désirs, attentes, préoccupations, habitudes  |  |
| <p><b>Date d'entrée... 15/10/2018...heure... 8h30.....</b></p> <p><b>Provenance et modalités d'entrée</b></p> <p><i>Je son domicile avec son mari</i></p>  |  |
| <p><b>Motif d'hospitalisation ou d'hébergement; histoire de la maladie</b></p> <p><i>Vient pour une 1<sup>re</sup> cure de R-CHOP sur un lymphome non hodgkinien stade IV avec lésions osseuses</i></p>  |  |
| <p><b>Antécédent d'hospitalisation hors de France dans les 12 mois précédents</b></p>  |  |
| <p><input type="checkbox"/> Oui    <input checked="" type="checkbox"/> Non    si oui, appeler l'UGRI 24h/24h au 87067</p>  |  |
| <p><b>Allergies citées par le patient/résident</b></p> <p><i>/</i></p>   |  |
| <p><b>Régime alimentaire</b></p> <p><i>/</i></p>   |  |
| <p><b>Etat du patient ou du résident à l'entrée (présentation physique, psychique)</b></p> <p><i>Anxiouse à l'arrivée. Se dit fatiguée</i></p>   |  |
| <p><b>Dépistage du risque escarre (applicable pour hospitalisation &lt;24h et HDJ)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non applicable (préciser) : .....</p>   |  |
| <p><b>Score échelle de BRADEN : .....</b></p> <p>Autre échelle (préciser) : ..... Score : ...</p>  |  |
| <p><b>Evaluation de la douleur (en référence à l'échelle utilisée)</b></p> <p>EV S : <input type="checkbox"/> pas de douleur    <input type="checkbox"/> douleur faible    <input type="checkbox"/> douleur modérée    <input type="checkbox"/> douleur intense    <input type="checkbox"/> douleur très intense</p> |  |
| <p><input type="checkbox"/> EVA .../10    <input checked="" type="checkbox"/> EN 0/10    <input type="checkbox"/> Echelle pour patient/résident non communicant    <input type="checkbox"/> Agoplus /5    <input type="checkbox"/> Autres :</p>  |  |
| <p>Date : 15/10/2018..... Nom : ...<i>MARTIN</i>.... Prénom : ...<i>Jacqueline</i>..... Fonction.....<i>IDE</i>..... Signature <i>[Signature]</i></p>  |  |

## ETIQUETTE PATIENT

## Fiche de synthèse de sortie et de liaison

ETIQUETTE UF

CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

| Identification de l'auteur des informations  |   | Signature :  |   |
|--|---|--|---|
| Nom :  | Prénom :  | Fonction :   | Mutation interne <input type="checkbox"/> Rapatriement <input type="checkbox"/> Déces <input type="checkbox"/>                          |
| <b>S sortie Date:</b>  | Heure : A domicile <input type="checkbox"/> Transfert vers un autre établissement <input type="checkbox"/> préciser   | Tél. :   |   |
| Mode de transport :  | Allongé <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> PTAH <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>  | Société de transport :   |   |
| <b>Coordonnées de la personne ou ressource à prévenir à la sortie</b>  |   |  |   |
| La personne : Nom : .....<br>La ressource : prestataire de service <input type="checkbox"/> réseau <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> préciser : .....<br><b>Si mutation</b> : Site : ..... Nom du service : .....<br><b>Macroblé de sortiel/problème à ce jour</b> | .....<br>Nom : .....<br>Lien de parenté : .....<br>Nom : .....<br>Lieu et étage : .....<br>SSR <input type="checkbox"/> SLD <input type="checkbox"/> EH PAD <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser: ..... | .....<br>Nom : .....<br>Lien de parenté : .....<br>Nom : .....<br>Tél. : .....<br>SSR <input type="checkbox"/> SLD <input type="checkbox"/> EH PAD <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser: ..... | Prévenue Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Prévenu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <b>Le patient/résident</b>   |   |  |   |
| Particularités de communication <input type="checkbox"/> Préciser  | .....   | Informé de sa sortie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | Documents remis à la sortie   |
| Allergie <input type="checkbox"/> Préciser   | .....   |  | RDV à venir et/ou contact du service Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |
| Localisation : Informé de sa pathologie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  | Ou lettre de liaison  | Si oui : convocation <input type="checkbox"/> coordonnées <input type="checkbox"/>   |   |
| <b>Les soins</b>   |   | Compte rendu d'hospitalisation <input type="checkbox"/>  |   |
| Dispositifs médicaux O2 <input type="checkbox"/> KTC <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> Drain <input type="checkbox"/>  | Ou prescription du traitement médicamenteux en cours  |  | <b>Documents remis selon la prise en charge</b>   |
| Localization :<br>Score :<br>Ppansement <input type="checkbox"/>   | Ou lettre de liaison  |  | Si oui : convocation <input type="checkbox"/> coordonnées <input type="checkbox"/>  |
| Meure de la douleur Outil de mesure :<br>Preciser  |   |  |   |
| Hygiène Autonome <input type="checkbox"/> Semi-dépendant <input type="checkbox"/> Dépendant <input type="checkbox"/>   | Prescription du traitement médicamenteux en cours   |  |   |
| Elimination Continente <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  | dans le CRH <input type="checkbox"/><br>dans le courrier médical <input type="checkbox"/><br>dans une ordonnance <input type="checkbox"/>   |  |   |
| Preciser   |   |  |   |
| Alimentation Autonome <input type="checkbox"/> Semi-dépendant <input type="checkbox"/> Dépendant <input type="checkbox"/>  | Autres prescriptions médicales Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |  |   |
| Régime <input type="checkbox"/> Preciser   | kinésithérapie <input type="checkbox"/><br>soins IDE, AS à domicile <input type="checkbox"/><br>matériel et dispositifs de soins <input type="checkbox"/><br>transport <input type="checkbox"/>                                     |  |   |
| <b>Mobilisation</b> Lever : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  | autre <input type="checkbox"/> Préciser : .....   |  |   |
| Autonome <input type="checkbox"/> Semi-dépendant <input type="checkbox"/> Dépendant <input type="checkbox"/>   |   |  |   |
| Equipement Préciser  |   |  |   |
| <b>Sécurité</b> Contention <input type="checkbox"/> Préciser   |   |  |   |
| Vigilance particulière <input type="checkbox"/> Préciser   |   |  |   |
|  |   | Document de surveillance spécifique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |   |
|  |   | Préciser : .....   |   |
| DPA/HM-009 - V. 09 du 12/10/2017   |   |  |   |

Name A

ETIQUETTE PATIENT  
TIP 1112657644



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

卷之三

## **FEUILLE DE PRESCRIPTION MÉDICALE**

ETIQUETTE UF

Nadama A

ETIQUETTE PATIENT  
IPP ANN 26 57 644



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE RENNES

**FEUILLE DE SURVEILLANCE MEDECINE**

ETIQUETTE UF

|                        |       | J: 4       |      | J: 2     |    | J: 3     |    | J: 4     |    | J: 5     |    | J: 6     |    |    |    |
|------------------------|-------|------------|------|----------|----|----------|----|----------|----|----------|----|----------|----|----|----|
|                        |       | DATES      |      | 45/10/48 |    | 46/10/48 |    | 47/10/48 |    | 48/10/48 |    | 49/10/48 |    |    |    |
| Vert                   | Rouge | Bleu       | Noir | M.       | S. | N.       | M. | S.       | N. | M.       | S. | N.       | M. | S. | N. |
|                        | EVA   | Pouls      | T°   | TA       |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| 10                     | 146   | 40°        | 25   |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| 9                      | 120   | 39°        | 20   |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| 8                      | 100   | 38°        | 15   |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| 7                      | 80    | 37°        | 10   |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| 6                      | 60    | 36°        | 5    |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| 5                      | 40    | 35°        | 0    |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| Poids / Taille / IMC   |       | 58 kg 1m58 |      |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| Selles                 |       |            |      |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| Diurése                |       |            |      |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| Fréquence Respiratoire |       |            |      |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| Saturation             |       |            |      |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| FiO <sup>2</sup>       |       |            |      |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |
| Initiales DE           |       |            |      |          |    |          |    |          |    |          |    |          |    |    |    |

IPP:4442C54G44  
ETIQUETTE PATIENT  
Sme A.



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

FEUILLE DE TRANSMISSIONS

| DATE<br>Heure   | Initiales | CIBLES          | DONNEES  | ACTIONS  | RESULTATS  |
|-----------------|-----------|-----------------|--|--|--|
| 15/10/18<br>19h | Den       | Perte de poids  | A perdu $\approx$ 3kg  | Ans diet demande.<br>↳ au téléphone aux déts<br>→ message ner répondre<br>↳ Passeront avant sa<br>sortie | Ce soir à mangé<br>1/2 crème hyper prot.<br>+ 1/2 yaourt |
|                 |           | Progrès de lyse | Patiante hydratée sur<br>3 jours<br>Diurèse mix en route   | No pas uriné depuis ce<br>matin<br>Bilan sang faite le 16 &<br>17/10.                                    | 17/10<br>200cc   |
|                 | Zen       | Etat psychique  | Patiante qui dit ne pas<br>avoir le moral, d'a l'autre<br>envie c'est de dormir pour<br>manger et tenir moins long | Faire injection de<br>NEUROSTAN de gain  | A bien uriné cette<br>nuit.                              |

| DATE<br>Heure | Initiates | CIBLES | DONNEES | ACTIONS | RESULTATS |
|---------------|-----------|--------|---------|---------|-----------|
|               |           |        |         |         |           |
|               |           |        |         |         |           |
|               |           |        |         |         |           |

N<sup>o</sup> A

ETIQUETTE PATIENT  
T.P.P.: 442654644



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

## FEUILLE DE TRANSMISSIONS

| DATE<br>Heure           | Initiales | CIBLES                  | DONNEES   | ACTIONS  | RESULTATS   |
|-------------------------|-----------|-------------------------|---|--|---|
| 17/10<br>8 <sup>4</sup> | DPA       | Prix en charge<br>Régis | Vont passer ce matin.<br><br>Emile est venue la voir<br>ce matin. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- hydratation jusqu'à ce midi.</li> <li>- Tono + NFS fait à matin<br/>K+ 2,7</li> <li>- Tono de 164 = K+ 3,7</li> <li>(S) en R&amp;D à 1743 si possible<br/>ordonnances faxées</li> <li>Appréhension de retours à<br/>domicile.</li> </ul> <p>nausées</p> <p>ce matin avant le repas</p> <p>à regarder lyoc<br/>à cet An.</p> | <p>Iono en urgence à<br/>164</p> <p>Iono et fera<br/>en fonction des résultats<br/>si R&amp;D peuvent faire<br/>et payer les ordonnances.</p> |

| DATE<br>Heure   | Initiates | CIBLES           | DONNEES   | ACTIONS   | RESULTATS |
|-----------------|-----------|------------------|---|---|-----------|
| 16 <sup>h</sup> | PM        | Réacte de poésie | <p>Elizabeth R est passée à<br/>Voir.<br/>Et l'a exaucé par les<br/>languettes protéiques.<br/>Préfère le lait et l'huile.</p> <p>enfants honorés en présence de<br/>dame à l'antithèse<br/>roux à blonde.</p> <p>Est parti ensuite.</p> <p>un peu fatigué [ ] . →<br/>données<br/>+ calendrier du H et PPS</p> <p>ordonnances</p> <p>Tolérance de<br/>la chimie.</p> | <p>Caliente sujette aux aphtes.<br/>Bein de bûche au torce<br/>de bouteille et au</p> |           |

## ETIQUETTE PATIENT

NOM Mme A.

PRENOM

DATE DE NAISSANCE 1944.

LIEU dossier administratif  
 ADRESSE dossier administratif  
 TELEPHONE

## CONVOCATION

Telephone  oui  non le:  
 Courrier  oui  non le:

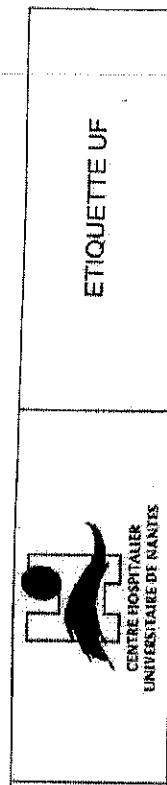
PERSONNE A PREVENIR  
 Nom : Son mari (  dossier administratif )  
 Prénom :  
 Lien de parenté :  
 Téléphone :  
 Adresse :

POSE DU BRACELET D'IDENTIFICATION  
 Oui  Non  
 Consentement du patient  
 Refus du patient  
 Ne peut donner son avis

## PERSONNE DE CONFIANCE

Nom :

Prénom :  
 Lien de parenté :  
 Téléphone :  
 Adresse :

Ne désigne pas de personne de confiance 

ETIQUETTE UF

## DOSSIER DE SOIN

## HOPITAL DE JOUR

## MACROCIBLE D'ENTREE

Date d'entrée : 05/01/2018 Heure : 8h00

Motif d'hospitalisation : Vient pour une cure  
de choc  
 Médecin référent : Dr Z

Données cliniques :  
A l'admission, il dit nauséeux. Il dit avoir eu des difficultés à dormir cette nuit.  
Se male, replace sur elle même - Peine peu.

Autres données :

Cotation de la douleur :  0 / 10  
 Echelle utilisée :  EVA (Echelle visuelle Analogique)  
 EN (Echelle Numerique)  
 Echelle pour patient non communicant

Allergies : p  
 Régime : p la diéticienne parle ce jour en 100%

Poids mesure : 54,200 Taille : 158 IMC (kg/m²) 21,7  
 Perte de poids dans les 3 à 6 derniers mois : -6,8 kg  
 prise de poids récente : kg

SIGNATURE : MARTIN T.D.E.



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

THE PATIENT

四庫全書

## **FEUILLE DE SUIVI DU SEJOUR TRANSMISSIONS**

ETIQUETTE PATIENT  
1PP 111 2652644

Date: 05/11/2018 08h30

| Nom J.Fille<br>Femme née le<br>N° id Patient : 756 |                   | Mme A<br>1944 (74 ans)<br>Dossier: 0000688359 |        | Poids (kg) : 54,200<br>Surf. Corp (m <sup>2</sup> ) : 1,56 | I/R - CHOP<br>Taille (cm) : 158<br>Creat. (μmol/L) : 50 | UF : 2020 5/1 ONCOLOGIE HJ<br>Prot : R - CHOP C2 à n'Emend<br>Inclusion par : Dr Z ..... Alain<br>Prescrit le : 05/11/2018 par Z ..... Alain<br>Cycle 2 Jour 1 = 05/11/2018 (Cycle : 21 ; Trt : 5) |           |  |  |
|--|-------------------|---|--------|--|---|--|-----------|--|--|
| Jour : 1   | Date : 05/11/2018 | +/- Prescription uromitexan                   |        |  |   |  |           |  |  |
| DCI et Produits                                    | dose prescrite    | Diluant                                       | Volume | Durée  | Concordance<br>prescription/patient/produit             | Voie   | Chrono    | Commentaire  | Visa   |
| EMEND 125 MG GELULE                                | 125 mg            | NaCl 0,9%                                     | 100    | 15'  |   | PER OS   | H0 - 1h00 | METHYLPPREDNISOLONE<br>MYLAN 40 mg Pdr sol inj<br>IM/IV  |  |
| METHYLPPREDNISOLONE 40 MG                          | 40 mg             | NaCl 0,9%                                     | 100    | 15'  |   | IV   | H0 - 1h00 | POLARAMINE 5 mg/1 ml S inj<br>ampoule de 1 ml  |  |
| POLARAMINE 5 MG INJ                                | 5 mg              | NaCl 0,9%                                     | 10     | 01'  |   | IV   | H0 - 0h30 | PERFALGAN 10MG/ML S inj-<br>Flacon de 100ml  |  |
| PERFALGAN 1 G                                      | 1000 mg           | /   | 100    | 15'  |   | IV   | H0 - 0h30 | ONDANSETRON ACCORD 2<br>mg/ml S inj - ampoule de 2 ml  |  |
| ONDANSETRON 8 MG INJ                               | 8 mg              | NaCl 0,9%                                     | 100    | 15'  |   | IV   | H0 - 0h30 | MABTHERA 500 mg S inj-<br>Flacon de 50ml   |  |
| Rituximab (MABTHERA)                               |                   |   |        |  | Augmentation du débit cf<br>commentaires                |  |           |  |  |
| SOLUPRED 20 MG PER OS                              | 625 mg            | Déjà prêt                                     | 500    |  |   | IV   | H0        |  |  |
| Doxorubicine (DOXORUBICINE)                        | 60 mg             |   |        |  |   | PER OS   | H0        |  |  |
| Vincristine (VINCRISTINE)                          | 82 mg             | Déjà prêt                                     | 40     | 15'  |   | IV   | H0 + 1h40 | DOXORUBICINE TEVA 200<br>mg/100 ml S inj FI/100ml<br>VINCRISTINE HOSPIRA 2<br>mg/2 ml S inj - ampoule de 2<br>ml | Risque<br>d'extravasation :<br>présence de l'IDE<br>durant l'injection |
| +/- Prescription uromitexan                        |                   |   |        |  |   | IV   | H0 + 2h05 |  |  |
| Cyclophosphamide (ENDOXAN)                         | 1220 mg           | Déjà prêt                                     | 500    | 60'  |   | IV   | H0 + 3h30 | ENDOXAN 1000 mg Pdr sol<br>inj FI  |  |

Surveillance durant perfusion Rituximab : pouls, TA, respiration,  $\text{t}^{\circ}$  toutes les 15 min la 1<sup>ère</sup> heure (1<sup>ère</sup> perfusion) puis toutes les 30 min jusqu'à la fin de la perfusion  
Si réaction d'hypersensibilité : ralentir ou arrêter la perfusion jusqu'à disparition des signes puis reprendre à demi débit

## **Annexes :**

### **Protocole R CHOP :**

- **R : MABTHERA®** (rituximab : anticorps monoclonal anti-CD20) : thérapie ciblée contre les antigènes de surface, c'est un anticorps obtenu par manipulation génétique, il provoque la lyse des lymphocytes.
  - o Risque de réaction allergique++, voire anaphylactique (choc par relargage des cytokines - dyspnée, œdèmes pulmonaires, troubles du rythme cardiaque, neutropénie, immunosuppression)
- **ENDOXAN®** (cyclophosphamide) :
  - o Urotoxicité : si forte dose d'ENDOXAN®
  - o Alopécie
- **DOXORUBICINE®** (doxorubicine) :
  - o toxicités - cardiaque et hématologique (pancytopénies) - alopécies - toxicité veineuse, nausées et vomissements
- **VINCRISTINE®** (vincristine) :
  - o Toxicité hématologique +, digestive, neuropathies, allergies

### **AUTRES TRAITEMENTS :**

**DIFFU K®** : (Chlorure de potassium) Potassium

**EMEND®** : (Aprépitant) Antiémétique

**INEXIUM®** : (Esoméprazole) Antisécrétore gastrique

**METHYLPRENISOLONE®** : Glucocorticoïde

**NEULASTA®** : (Pegfilgrastim) Facteur de croissance leucocytaire

**ONDANSETRON®** : Antiémétique

**PERFALGAN®** : (Paracétamol) Antalgique

**POLARAMINE®** : (Dexchlorphéniramine) Anti-histaminique

**SOLUPRED®** : (Prednisolone) Corticolide

**STILNOX®** : (Zolpidem) Hypnotique et sédatif

**ZYLORIC®** : (Allopurinol) Hypo-uricémiant