



**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)**

**Janvier 2020**

## Table des matières

Droits d'auteurs .....	1
Comité COSTaRS .....	2
Présentation et élaboration des guides de pratique d'évaluation .....	3
Exemple de formulaire d'évaluation générale .....	5
Guides de pratique	
Anxiété .....	6
Perte d'appétit .....	8
Saignements .....	10
Essoufflement/Dyspnée .....	12
Constipation .....	14
Dépression .....	16
Diarrhée .....	18
Fatigue .....	20
Neutropénie fébrile .....	22
Sécheresse buccale (xérostomie) .....	24
Mucite buccale (stomatite).....	26
Nausée et des vomissements .....	28
Douleur .....	30
Neuropathie périphérique .....	32
Éruption cutanée .....	34
Radiodermite .....	36
Troubles du sommeil .....	38
Références complètes .....	40

## **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 © 2020 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, Canada.

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, Ottawa, Canada.

## **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 relatif à la situation particulière de chaque patient. 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  
Julie Baisley, Allan Blair Cancer Centre, Regina, Saskatchewan  
Meg Carley BSc, L'Hôpital d'Ottawa Institut de recherché, Ottawa, Ontario  
Kim Chapman Inf, MSc (N), Horizon Health Network, Nouveau-Brunswick  
Andra Davis, RN, MN, PhD, Washington State University, Vancouver, Washington  
Doris Howell Inf, PhD, Université de Toronto, Ontario  
Barb Hues RN, MSN, CON(C), Action Cancer Manitoba, Winnipeg, Manitoba  
Lindsay Jibb RN, PhD, Université de Toronto, Ontario  
Lynne Jolicoeur RN, MScN, CON(C), L'Hôpital d'Ottawa, Ontario  
Craig Kuziemsky PhD, MacEwan University, Edmonton, Alberta  
Luisa Luciani Castiglia Inf, MScA, CON(C), Centre universitaire de santé McGill, Québec  
Claire Ludwig, RN, PhD(c), Université d'Ottawa, et conseillère aux patients, Ottawa, Ontario  
Gail Macartney RN(EC), PhD, ACNP, CON(C), University of Prince Edward Island, Charlottetown, Î.-P.É.  
Lorraine Martelli, RN(EC), MN, Action Cancer Ontario, Ontario  
Katie Nichol Inf, MScN, CON(C), L'Hôpital d'Ottawa, Ontario  
Komal Patel RN, BScN, MN, CON(C), CHPCN(C), CVAA(C), de Souza Institute, Ontario  
Amanda Ross-White BA, MLIS, Queen's University, Kingston, Ontario  
Brenda Sabo Inf, MA, PhD, Université de Dalhousie, Nouvelle-Écosse  
Ann Syme RN, MSN, PhD, Langara College, Vancouver, Colombie-Britannique  
Joy Tarasuk RN, BScN, CON(C), Nova Scotia Cancer Center, Nouvelle-Écosse  
Tracy Truant Inf, MSN, PhD(c), Université de Colombie-Britannique, et conseillère aux patients, C.-B.  
Linda Watson RN, PhD, CON(C), Cancer Control Alberta, Alberta

### Les membres du groupe de travail en immunothérapie

Jennifer Anderson, RN, MN, CON(C), Cancer Control Alberta, Calgary, Alberta  
Chyanne Dey, RN, CON(C), Tom Baker Cancer Center, Calgary, Alberta  
Carolyn Fifield, BSc(Biochem), MSc(A), RN, CON(C), NSHA Cancer Care Program, Nouvelle-Écosse  
Pam Ginex, MPH, RN, OCN, Oncology Nursing Society, Pittsburgh, Pennsylvanie  
Leah Jodoïn MN, RN(EC), NP, CON(C) Kingston Health Sciences Centre, Ontario  
Karey McCann RN, BScN, Cancer Control Alberta, Edmonton, Alberta  
Kristie Morydz, NP, Action Cancer Manitoba, Manitoba  
Jennifer Newton, BScN, Med, L'Hôpital d'Ottawa, Ontario,  
Cindy Railton, RN, MN, ACNP, CON(C), Tom Baker Cancer Centre, Calgary, Alberta

### La traduction française a été validée par :

Nathalie M Aubin inf. M.Sc. CHPCN (C), Centre universitaire de santé McGill, Québec  
Luisa Luciani Castiglia Inf, MScA, CON(C), Centre universitaire de santé McGill, Québec

### Membres du comité 2012-2019

Debra Bakker RN, PhD, Université Laurentienne, Ont.	2012-2016
Barbara Ballantyne RN, MScN, CON(C), CHPCN(C), Health Sciences North, Ont.	2016-2019
Lorna Butler RN, PhD, University of Saskatchewan, Sask.	2012-2016
Dauna Crooks RN, DNSc, University of Manitoba, Man.	2012-2016
Greta Cummings RN, PhD, University of Alberta, Alb.	2012-2019
Esther Green RN, MSc (T), Cancer Care Ontario, Ont.	2012-2019
Myriam Skrutkowski RN, MSc, CON(C), Centre universitaire de santé McGill, Qc	2012-2019
Lucie Tardif RN, M.Sc, Centre universitaire de santé McGill, Qc	2016-2019
Carolyn Tayler RN, BN, MSA, CON(C), Fraser Health, C.-B.	2012-2016

### 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, surtout par téléphone.<sup>1,2</sup> 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 et leur utilisation varient beaucoup.<sup>1,2</sup> En 2008, avec l'aide du Partenariat canadien contre le cancer, nous avons élaboré des guides de pratique pour des symptômes courants spécifiques avec l'aide d'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<sup>® 3-5</sup>.

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<sup>6,7</sup>. 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 santé<sup>8</sup>. 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 %)<sup>9</sup>. 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 pratique<sup>10</sup>. 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<sup>11,12</sup>;
  - 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](http://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 motivationnelle<sup>13</sup>); 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. 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.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/764> un sommaire des changements apportés en 2016.

8. En janvier 2020, nous avons mis à jour les 15 guides de pratique avec des données probantes issues d'un examen systématique dont la méthodologie a été décrite précédemment. Nous avons aussi ajouté des guides pour deux autres symptômes : sécheresse buccale (xérostomie) et éruption cutanée. À la réunion pour l'établissement des priorités du projet COSTaRS tenue en 2017, l'ajout aux guides de données probantes pour les patients recevant un traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire a été jugé fortement prioritaire en raison du recours croissant à l'immunothérapie et des considérations particulières requises pour la gestion des symptômes découlant de ce traitement. Nous avons ajouté des points essentiels d'évaluation et de gestion pour les patients en immunothérapie. Les utilisateurs finaux nous ont questionnés sur la corrélation entre l'évaluation de la gravité et la classification du NCI-CTCAE qu'ils utilisent dans leurs évaluations, leur documentation clinique et leurs communications avec les médecins. Par conséquent, dans les guides de pratique, nous avons relié la classification du NCI-CTCAE aux questions d'évaluation pertinentes.

En résumé, nous avons élaboré 17 guides de pratique conviviaux d'évaluation à distance des symptômes en nous fondant sur une synthèse des meilleures données probantes disponibles<sup>2</sup>, 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 auprès 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](http://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.

# 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

Date et heure de la rencontre \_\_\_\_\_ Type de rencontre (téléphone/en personne) \_\_\_\_\_

Type(s) de cancer(s) \_\_\_\_\_ Oncologue principal \_\_\_\_\_

Autres praticiens (les plus importants) \_\_\_\_\_

## 1. Quels symptômes

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiété         | <input type="checkbox"/> Dépression          | <input type="checkbox"/> Mucite buccale/stomatites | <input type="checkbox"/> Radiodermite        |
| <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Diarrhée            | <input type="checkbox"/> Nausée/vomissements       | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Saignements     | <input type="checkbox"/> Fatigue             | <input type="checkbox"/> Douleur                   | <input type="checkbox"/> Autre : _____       |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée         | <input type="checkbox"/> Neutropénie fébrile | <input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Constipation    | <input type="checkbox"/> Xérostomie          | <input type="checkbox"/> Éruption cutanée          | _____  |

## 2. Parlez-moi de vos symptômes (Données probantes : consensus d'experts)

(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 \_\_\_\_\_

Inhibiteur de point de contrôle immunitaire : Nom de l'inhibiteur \_\_\_\_\_

Autre traitement systémique (antiestrogène, anticorps monoclonaux, thérapie ciblée, etc.) : Nom de la thérapie \_\_\_\_\_

Chirurgie : \_\_\_\_\_

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 /
_____	_____	<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.

# L'anxiété : guide de pratique d'évaluation

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.<sup>1-3</sup>

## 1. Évaluation du degré d'anxiété (données probantes : 10 lignes directrices)<sup>1-10</sup>

Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous l'anxiété que vous éprouvez? (0= "Aucune anxiété"; 10= "La pire anxiété possible") <sup>1,3,4,11</sup>	1 – 3	<input type="checkbox"/>	4 - 6	<input type="checkbox"/>	7 - 10	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous la proie d'attaques de panique, <input type="checkbox"/> d'épisodes de peur subite, <input type="checkbox"/> de malaise ou <input type="checkbox"/> d'inquiétude intense? <sup>1-4</sup>	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? <sup>1-4,12</sup>	Pas du tout <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, parfois <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
L'anxiété nuit-elle à votre sommeil? <sup>1-4</sup>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Oui, parfois	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
L'un ou l'autre des facteurs suivants s'applique-t-il à votre cas? <sup>1-4</sup> <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"/> Soutien social insuffisant, <input type="checkbox"/> Sevrage d'alcool/ drogue, <input type="checkbox"/> Pas d'activité physique, <input type="checkbox"/> Enfants à charge <input type="checkbox"/> Maladie récurrente ou avancée, <input type="checkbox"/> Sur stéroïdes, <input type="checkbox"/> Traitement complété récemment	Non	<input type="checkbox"/>	Quelques-uns	<input type="checkbox"/>	Plusieurs	<input type="checkbox"/>
Vivez-vous des choses qui vous rendent plus anxieux : <sup>1-4</sup> <input type="checkbox"/> Événements, <input type="checkbox"/> Nouvelle information sur le cancer ou le traitement, <input type="checkbox"/> Préoccupations spirituelles/religieuses?	Non	<input type="checkbox"/>	Quelques-uns	<input type="checkbox"/>		
Ressentez-vous : <sup>1-4</sup> <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Douleur, <input type="checkbox"/> Essoufflement, <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Souffrez-vous de (signes d'hyperthyroïdie): <sup>5-10</sup> <input type="checkbox"/> perte de poids, <input type="checkbox"/> palpitations cardiaques, <input type="checkbox"/> tremblements, <input type="checkbox"/> chaleurs, <input type="checkbox"/> diarrhée	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des pensées récurrentes de mort, des pensées qui vous inciteraient à vous faire du mal ou à en faire à autrui? <sup>1,3,4</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
	 <b>1</b>	<b>Léger</b> (vert)	 <b>2</b>	<b>Modéré</b> (jaune)	 <b>3</b>	<b>Sévère</b> (rouge)

## 2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 4 lignes directrices)<sup>1-4</sup>

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.	<b>2</b>	<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"/> Demandez d'aviser si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.	<b>3</b>	<input type="checkbox"/> Si risque de se blesser ou de blesser autrui, recommander immédiatement une évaluation plus approfondie. <input type="checkbox"/> Sinon, référez pour des soins médicaux non urgents. <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"/> Si sur immunothérapie, avisez le clinicien.
----------	---	----------	--	----------	--

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 : 4 lignes directrices)<sup>1-4</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour l'anxiété*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Benzodiazépines : lorazépam (Ativan <sup>®</sup> ), diazépam (Valium <sup>®</sup> ), alprazolam (Xanax <sup>®</sup> ) <sup>1-4</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	ISRS : fluoxétine (Prozac <sup>®</sup> ), sertraline (Zoloft <sup>®</sup> ), paroxétine (Paxil <sup>®</sup> ), citalopram (Celexa <sup>®</sup> ), fluvoxamine (Luvox <sup>®</sup> ), escitalopram (Lexapro <sup>®</sup> ) <sup>1,3,4</sup>		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.<sup>1,4</sup> La prise de benzodiazépines doit être de courte durée. Attention : peut entraîner confusion, ataxie et chutes chez les personnes âgées.<sup>1,4</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 5 lignes directrices)<sup>1-4,13</sup>

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, <b>qu'est-ce qui vous aide?</b> Renforcez si pertinent. Précisez :
3. <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? <sup>2-4</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Que faites-vous comme <b>activité physique</b> , en incluant le yoga? <sup>1-3</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faites-vous partie de <b>groupes d'aide</b> ou avez-vous des <b>amis ou de la famille</b> sur qui compter? <sup>1-4</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous <b>essayé la relaxation</b> , le yoga, les techniques de respiration, l'écoute de musique, la visualisation? <sup>1-4,13</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé les <b>massages thérapeutiques</b> , avec ou sans aromathérapie? <sup>1-3</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé une thérapie, <b>comme la thérapie cognitivo-comportementale</b> , 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? <sup>1-4</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vos préoccupations sont de nature spirituelle ou religieuse, avez-vous cherché de l'accompagnement spirituel ou essayé la méditation pleine conscience, la prière, l'office religieux ou d'autres <b>activités spirituelles</b> ? <sup>2,3</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le fait d'obtenir <b>plus d'information sur vos symptômes, votre cancer ou votre traitement</b> permettrait-il de calmer vos inquiétudes? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. <sup>1-4</sup>

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (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) Howell 2015; 2) ONS 2017; 3) NCCN 2018; 4) Butow 2015; 5) Puzanov 2017; 6) Hryniewicki 2018; 7) BCCA 2017; 8) Brahmer 2018; 9) CCO 2018; 10) Haanen 2017; 11) Watanabe 2011; 12) NIH-NCI CTCAE 2017; 13) Bradt 2016 (Références complètes : pages 40-48)

# La perte d'appétit : guide de pratique d'évaluation

Anorexie : Perte d'appétit involontaire<sup>1-3</sup>; manquer d'appétit, ne pas avoir faim.

## 1. Évaluation de la gravité de la perte d'appétit (données probantes : 8 lignes directrices)<sup>1-8</sup>

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous votre appétit? (0= "Très bon appétit"; 10= "Pire appétit possible") <sup>2-4,9</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Votre manque d'appétit vous inquiète-t-il? <sup>1-4</sup>	Non/Un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Au cours des 24 dernières heures, quelle quantité d'aliments avez-vous mangée (à chaque repas)? <sup>2-4,10</sup>	Moins que d'habitude <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Beaucoup moins que d'habitude <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Pas du tout <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu du poids depuis 4 semaines sans effort de votre part? <sup>1-4</sup> Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0-2.9%	<input type="checkbox"/>	3-9.9%	<input type="checkbox"/>	≥10 %	<input type="checkbox"/>
Quelle quantité de liquides buvez-vous par jour? <sup>2,3</sup>	6-8 verres	<input type="checkbox"/>	1-5 verres	<input type="checkbox"/>	Quelques gorgées	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine) <sup>2-4,10</sup>	Non <sup>G0</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <sup>G≥2</sup>	<input type="checkbox"/>
Votre perte d'appétit peut-elle s'expliquer par : <sup>1-4</sup> <input type="checkbox"/> Une chirurgie ou un traitement récent <input type="checkbox"/> Une nouvelle médication <input type="checkbox"/> D'autres symptômes	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, certains	<input type="checkbox"/>	Oui, plusieurs	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous : <sup>1-4</sup> <input type="checkbox"/> Douleurs buccales, <input type="checkbox"/> Satiété hâtive, <input type="checkbox"/> Altération du goût ou de l'odorat, <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissements, <input type="checkbox"/> Difficultés à avaler, <input type="checkbox"/> douleur, <input type="checkbox"/> Constipation, <input type="checkbox"/> Diarrhée, <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Dépression, <input type="checkbox"/> Essoufflement	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Souffrez-vous de (signes de toxicité endocrinienne): <sup>5-8</sup> <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> maux de tête, <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> confusion, <input type="checkbox"/> peau sèche, <input type="checkbox"/> perte de cheveux, <input type="checkbox"/> visage bouffi, <input type="checkbox"/> constipation, <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> fièvre	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Souffrez-vous de (signes de toxicité rénale): <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> baisse de quantité d'urine, <input type="checkbox"/> sang dans l'urine, <input type="checkbox"/> enflure aux mains ou aux jambes	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre manque d'appétit interfère-t-il avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? <sup>1-4</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
		<b>Léger</b> (vert)		<b>Modéré</b> (jaune)		<b>Sévère</b> (rouge)

## 2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (Données probantes : 2 lignes directrices)<sup>2,3</sup>

<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"/> Demandez d'aviser 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 la perte d'appétit est stabilisée, passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Si la perte d'appétit est nouvelle, référez pour des soins médicaux d'urgence. <input type="checkbox"/> Si sur immunothérapie, avisez le clinicien.
---	--	--

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 : 4 lignes directrices)<sup>1-4</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la perte d'appétit *	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Mégésterol (Megace®) <sup>1-4</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Corticostéroïdes : dexaméthasone (Decadron®), prednisone <sup>1-4</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Acides gras oméga 3 (AEP, huile de poisson) <sup>3,4</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Prokinétiques (métoclopramide, dompéridone) pour la satiété précoce et la nausée <sup>2-4</sup>		Avis d'expert

\* Le Mégésterol est susceptible de provoquer des effets secondaires graves, tels des caillots sanguins.<sup>4</sup> Les bienfaits des corticostéroïdes sont de courte durée. Leur usage prolongé est associé à d'importants effets toxiques.<sup>1,3,4</sup> Le cannabis et les cannabinoïdes ne sont pas recommandés.<sup>1,3,4</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 4 lignes directrices)<sup>1-4</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> au chapitre de l'amélioration de votre appétit? <sup>2,3</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous n'avez pas faim, <b>qu'est-ce qui vous aide</b> ? <sup>2,3</sup> Renforcez si pertinent.
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé de manger <b>5 à 6 petits repas par jour</b> ? <sup>2-4</sup> S'asseoir droit pendant 30 à 60 minutes favorise la digestion. <sup>3</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si l'odeur de la nourriture vous dérange, avez-vous essayé de <b>manger des aliments froids, moins odorants</b> ou d'éviter la cuisine pendant la préparation des repas? <sup>3</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous avez plus faim, essayez-vous de manger plus? <sup>3</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé de manger des aliments <b>plus élevés en protéines et en calories</b> ? <sup>2-4</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des <b>croyanances</b> à propos de certains aliments (culture, aliments cancérigènes) ou d'un <b>régime préexistant</b> (par exemple, le diabète) qui pourrait influencer vos habitudes alimentaires? <sup>1-4</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous en mesure <b>d'obtenir des provisions et d'aider à préparer vos repas</b> (accès, ressources financières)? Si la préparation des repas pose problème, demandez l'aide d'amis ou de parents, ou achetez des aliments prêt-à-servir. <sup>2,3</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buvez-vous des <b>boissons énergiques ou protéinées</b> (Ensure, Glucerna, Boost)? <sup>1-4</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demeurez-vous aussi <b>actif que possible</b> (marche de 15 à 20 minutes 1 à 2 fois par jour; marche de 30 à 60 minutes 3 à 5 fois par semaine) <sup>2-4</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tenez-vous un <b>journal pour suivre votre alimentation</b> , votre consommation de liquides et votre poids? <sup>2-4</sup>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si votre alimentation a été très faible depuis longtemps, augmentez-vous lentement votre consommation sur plusieurs jours (pour prévenir le syndrome de réalimentation)? <sup>3,4</sup>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous parlé à une diététiste? <sup>1-4</sup> Si votre sens du goût a changé, elle pourrait vous aider à gérer vos symptômes.
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? <sup>2,3</sup> Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (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 2017; 2) CCO 2012; 3) BCCA 2014; 4) Arends 2017; 5) CCO 2018; 6) Haanen 2017; 7) NCCN 2018; 8) Puzanov 2017; 9) Watanabe 2011; 10) NIH-NCI CTCAE 2017 (Références complètes : pages 40-48)

# Les saignements : guide de pratique d'évaluation

Saignements : perte de sang, ecchymose ou pétéchie pouvant résulter d'une baisse en quantité ou en qualité fonctionnelle des plaquettes, d'une plaie ou d'un ulcère, d'une altération des facteurs de coagulation, d'un syndrome paranéoplasique ou de plusieurs de ces causes.<sup>1</sup>

## 1. Évaluation de la gravité des saignements (données probantes : 9 lignes directrices)<sup>1-9</sup>

D'où saignez-vous?<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_

Quelle quantité avez-vous perdue? <sup>1,2</sup>	Mineur (1 c. à thé)	<input type="checkbox"/>	Modéré (1 c. à table)	<input type="checkbox"/>	Énorme (¼ tasse)	<input type="checkbox"/>
Vos saignements vous inquiètent-ils? <sup>2</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous de nouvelles ecchymoses? <sup>1</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Quelques-unes	<input type="checkbox"/>	Généralisé	<input type="checkbox"/>
→ Faites-vous des bleus ou des saignements plus facilement qu'à l'habitude? <sup>3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre sang a-t-il eu de la difficulté à coaguler (>10-15 minutes)? <sup>1-6</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Incertain					
Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? <sup>3-6,8,9</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il du sang dans... <input type="checkbox"/> Vos selles? Sont-elles noires/goudronneuse? <sup>1-9</sup> <input type="checkbox"/> Votre urine? <sup>1-3</sup> <input type="checkbox"/> Vos vomissures (ou ressemblent-elles à du café moulu)? <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Vos mucosités ou vos crachats, lorsque vous toussiez? <sup>1,2</sup> <input type="checkbox"/> Votre nez et votre bouche? <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Autre	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Si vous avez encore vos règles, les saignements sont-ils plus abondants? <sup>1,2</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, parfois	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Êtes-vous (signes d'effets indésirable hématologiques) : <input type="checkbox"/> faible, <input type="checkbox"/> pâle, <input type="checkbox"/> peau/yeux jaunes <sup>3-6</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous votre dernier décompte de plaquettes? <sup>1-3,5,7</sup> Date : <input type="checkbox"/> Incertain	≥ 100	<input type="checkbox"/>	20-99	<input type="checkbox"/>	< 20	<input type="checkbox"/>
→ Résultats de votre dernière fonction hépatique? <sup>3-8</sup>	ASAT/ALAT : Bilirubine totale :	≤ 3x LSN ≤ 1.5x LSN	>3-5x LSN 1.5-3x LSN	<input type="checkbox"/>	> 5x LSN > 3x LSN	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments qui font augmenter les risques de saignement, comme l'acide acétylsalicylique, la warfarine, l'héparine, la daltéparine, la tinzaparine, AINS, l'énoxaparine, l'apixaban ou des médicaments naturels? <sup>2</sup> S'il s'agit de warfarine, connaissez-vous votre dernière numération globulaire INR? <sup>1,2</sup> Date : <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, acide acétylsalicylique	<input type="checkbox"/>	Oui, autres anticoagulants	<input type="checkbox"/>
		<b>Léger</b> (vert)		<b>Modéré</b> (jaune)		<b>Sévère</b> (rouge)
<b>2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (Données probantes : 8 lignes directrices)<sup>1,3-9</sup></b>	<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"/> Demandez d'aviser si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12-24 heures.		<input type="checkbox"/> Référez pour des soins médicaux d'urgence <input type="checkbox"/> Si sur immunothérapie, avisez le clinicien.	

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire

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 : 9 lignes directrices)<sup>1,3-10</sup>

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 <sup>1,3-5,10</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Mesna oralement ou en IV pour prévenir la cystite avec saignement <sup>1,2</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Acide tranexamique (Cyklokapron®) <sup>1</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Pantoprazole IV (Panto IV®) pour hémorragie gastrique <sup>2</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Octréotide IV (Sandostatin®) pour hémorragie gastrique <sup>2</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Corticostéroïdes/prednisone <sup>3-9</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Facteur de remplacement pour hémophilie acquise <sup>3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Eculizumab pour syndrome hémolytique et urémique <sup>3</sup>		Avis d'expert

Légende : → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 3 lignes directrices)<sup>1-3</sup>

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

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (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 # :
<input type="checkbox"/>	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.
<b>Nom</b>	<b>Signature</b>
	<b>Date</b>

Références : 1) ONS 2019; 2) CCNS 2014; 3) Brahmer 2018; 4) CCO 2018; 5) Puzanov 2017; 6) Hryniewicki 2018; 7) Haanen 2017; 8) NCCN 2018; 9) BCCA 2017; 10) Estcourt 2012 (Références complètes : pages 40-48)

## La dyspnée : guide de pratique d'évaluation

Dyspnée : Expérience subjective décrite comme une gêne respiratoire d'intensité variable. 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).<sup>1-3</sup>

### 1. Évaluation de la gravité de la dyspnée (Données probantes : 13 lignes directrices)<sup>1-13</sup>

Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous votre difficulté à respirer? (0= "Aucun essoufflement"; 10= "Pire essoufflement possible") <sup>2,3,14</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Votre essoufflement vous inquiète-t-il? <sup>1-3</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Lorsque vous parlez, faites-vous une pause toutes les 5 à 15 secondes? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre respiration est-elle bruyante, sifflante ou embarrassée? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une nouvelle toux ou une respiration sifflante? <sup>3-5,7</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui (sèche)	<input type="checkbox"/>	Oui (humide)	<input type="checkbox"/>
→Souffrez-vous de (signes de pneumonite): toux, sifflement, douleur à la poitrine, fièvre, fatigue <sup>1,8-13</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous éveillé avec une soudaine difficulté à respirer? <sup>2,3,5,7</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? <sup>2,3</sup> <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous votre dernier taux de globules rouges? <sup>3,15</sup>	≥100 <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	80-99 <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	<80 <sup>G3</sup>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la nouvelle peau pâle ou une nouvelle couleur bleutée dans à la base de vos ongles? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la douleur à la poitrine? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
♥ Disparaît-elle avec : <input type="checkbox"/> repos <input type="checkbox"/> médication? <sup>4</sup>	Oui	<input type="checkbox"/>			Non	<input type="checkbox"/>
Quel est votre degré d'activité au moment où cette difficulté à respirer survient? <sup>2,3,5-7,15</sup>	Modéré <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Léger <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Au repos <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? <sup>1-4,7</sup> <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Anxiété, <input type="checkbox"/> Dépression, <input type="checkbox"/> Douleur	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
♥ Avez-vous gagné ou perdu du poids dans la dernière semaine? <sup>3-7</sup> <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>	≥4 lb en 2 jours; 5 lb en 1 semaine	<input type="checkbox"/>	≥5 lb en 2 jours	<input type="checkbox"/>
Avez-vous relevé votre tête de lit ou ajouté des oreilles pour dormir? <sup>3-5,7</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Doit dormir dans un fauteuil	<input type="checkbox"/>
Avez-vous les mains, les chevilles, les pieds, les jambes ou l'estomac enflés? <sup>3-5,7</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Si rythme cardiaque est élevé, mieux au repos? <sup>3-5,7</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→Souffrez-vous de (signes de effets indésirable à médiation immunitaire cardiovasculaire) : rythme cardiaque irrégulier (trop fort, trop vite, arythmie, palpitations), fatigue <sup>8,10,11</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre difficulté à respirer interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? <sup>3,4</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, parfois	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<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 : 9 lignes directrices)<sup>2-4,8-13</sup>

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.  
 Demandez d'aviser 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 sur immunothérapie, avisez le clinicien.

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; ♥ Cardiologie; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 : 14 lignes directrices)<sup>1-6,8-13,16,17</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour les difficultés respiratoires*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Opioides à action rapide, à prise orale ou parentérale <sup>1-3,5</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Assistance respiratoire non invasive (masque CPAP) <sup>1,2</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Oxygène pour patients hypoxiques <sup>2,3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Bronchodilatateurs <sup>3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	♥ Diurétiques <sup>3-6,16,17</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	♥ Nitrates <sup>16,17</sup>		Équilibrer avantages et inconvénients
<input type="checkbox"/>	→ Corticostéroïdes, infliximab, mycophénolate mofétil, ou cyclophosphamide pour pneumonite <sup>8-13</sup>		Avis d'expert

\* L'oxygène palliatif n'est pas recommandé;<sup>1,3,5,6,17</sup> Autres médicaments peuvent être prescrit pour la défaillance cardiaque.<sup>4-7,16-18</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 8 lignes directrices)<sup>1-7,16</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de vos épisodes d'essoufflement? <sup>1-3</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous avez de la difficulté à respirer, <b>qu'est-ce qui vous aide</b> ? <sup>2,3</sup>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé d'utiliser un <b>ventilateur</b> ou un humidificateur, ou <b>d'ouvrir une fenêtre</b> , pour augmenter la circulation de l'air sur votre visage? <sup>2,3</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé <b>d'abaisser la température</b> dans votre domicile? <sup>1-3</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de vous reposer en position assise afin de faciliter votre respiration? <sup>1-3</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous divers <b>exercices de respiration et de relaxation</b> (ex. : respiration diaphragmatique, respiration lèvres pincées)? <sup>1-3</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tentez-vous d'économiser votre énergie (équilibre entre activité et repos) ou <b>utilisez-vous des appareils fonctionnels</b> (fauteuil roulant, etc.) pour vous aider à faire les activités qui rendent votre respiration difficile? <sup>1-3</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faites-vous 15-30 minutes <b>d'activité physique</b> (marche, etc.) au moins deux fois par semaine lorsque votre respiration est stable? <sup>2-4,7,16</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous éprouvez de la difficulté à manger, prenez-vous des <b>suppléments nutritifs</b> ? <sup>1</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♥ Vous pesez-vous chaque jour (au réveil après la toilette, avant de vous habiller et de manger)? <sup>3-7</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♥ Avez-vous <b>diminué votre consommation de sel</b> à 1/2 c. à thé (< 2000mg) par jour? <sup>4,6,7,16</sup>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♥ Essayez-vous de <b>boire 6-8 verres de liquides</b> par jour? <sup>4,6,7,16</sup>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♥ Si vous buvez >1-2 <b>verres d'alcool/jour</b> , avez-vous essayé de réduire à <b>1/jour</b> ? <sup>4,5,7,16</sup>
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous fumez, avez-vous essayé de cesser de fumer? <sup>3-5,7,16</sup>
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé une thérapie comme la thérapie <b>cognitivo-comportementale</b> (relaxation, visualisation) ou du soutien psychologiques pour vous aider à gérer vos difficultés respiratoires? <sup>1-3</sup>
16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. <sup>1,2</sup>

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (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 12-24 heures si aucune amélioration, aggravation ou nouveau symptôme.
<b>Nom</b>	<b>Signature</b>
	<b>Date</b>

**Références :** 1) ONS 2017; 2) CCO 2010; 3) BCCA 2014; 4) BC Guidelines 2015; 5) SIGN 2016; 6) ACCF/AHA 2013; 7) ESC 2016; 8) Brahmner 2018; 9) NCCN 2018; 10) Puzanov 2017; 11) Haanen 2017; 12) Hryniewicki; 13) CCO 2018; 14) Watanabe 2011; 15) NCI-CTCAE 2017; 16) CCS 2012; 17) NHF 2011; 18) ACC/AHA/HFSA 2016 (Références complètes : pages 40-48)

## La constipation : guide de pratique d'évaluation

Constipation : Diminution de la fréquence du passage des selles qui se caractérise par des selles dures.<sup>1-3</sup>

### 1. Évaluation de la gravité de la constipation (données probantes : 9 lignes directrices)<sup>1-9</sup>

Votre constipation vous inquiète-t-elle? <sup>2,3</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Combien de jours de retard depuis votre dernière selle (comparer avec les habitudes normales)? <sup>1-3</sup>	≤ 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)? <sup>1-3</sup>					Sang dans les selles	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des hémorroïdes? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Ressentez-vous des douleurs au ventre? <sup>1-3</sup>	Non/léger 0-3	<input type="checkbox"/>	Modéré 4-6	<input type="checkbox"/>	Grave 7-10	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de : perte de contrôle de la vessie ou des intestins; engourdissement des doigts, orteils ou fesses; difficulté à marcher ou garder l'équilibre? <sup>1-3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous l'impression que votre ventre est gonflé? <sup>1-3</sup> <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avez-vous beaucoup de gaz? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous l'impression que votre rectum ne se vide pas après une selle, ou avez-vous de la diarrhée (débordement autour d'une selle coincée)? <sup>1-3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous récemment subi une chirurgie abdominale? <sup>1,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? <sup>1-3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous : <sup>1-3</sup> <input type="checkbox"/> Perte d'appétit, <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissements	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes d'hypothyroïdie) : <sup>4-6,8,9</sup> <input type="checkbox"/> prise de poids, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> dépression, <input type="checkbox"/> perte de cheveux <input type="checkbox"/> froid, <input type="checkbox"/> maux de tête, <input type="checkbox"/> voix plus grave	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de neuropathie autonome) : <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> problèmes urinaires, <input type="checkbox"/> changements à la sudation	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments qui peuvent provoquer la constipation? <sup>1-3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Votre constipation interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? <sup>2,3,10</sup>	Non <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
	 <b>1</b>	<b>Léger</b> (vert)	 <b>2</b>	<b>Modéré</b> (jaune)	 <b>3</b>	<b>Sévère</b> (rouge)

### 2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (Données probantes : 1 guideline)<sup>3</sup>

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.  
 Demandez d'aviser si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12-24 heures.

Référez pour des soins médicaux d'urgence.  
 Si sur immunothérapie, avisez le clinicien.

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 : 3 lignes directrices)<sup>1-3</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la constipation*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Sennosides oral (Senokot®) <sup>1-3</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Polyéthylène glycol (PEG; RestoaLAX®, Lax-a-day®) <sup>1-3</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Bisacodyl (Dulcolax®)1,2 et/ou lactulose <sup>2,3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Suppositoires** (Dulcolax®/bisacodyl, glycérine) <sup>1,2</sup> ou lavement <sup>2,3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Picosulfate de sodium - oxyde de magnésium - acide citrique <sup>2</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Injection de méthylalantrexone si causé par des opioïdes <sup>1-3</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Sorbitol <sup>2,3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Amidotrizoate de sodium (Gastrografin®) si résistant aux laxatifs/cancer avancé <sup>1</sup>		Probablement efficace

\*Constipation due aux opioïdes : Fentanyl et oxycodone+naloxone provoquent moins de constipation;<sup>1,3</sup> Retrait du docusate sodique (Colace®) par manque de preuves de son efficacité; Évitez le sirop de maïs et l'huile de ricin non stérilisés<sup>1</sup> \*\* Vérifiez la formule sanguine avant d'utiliser des suppositoires.

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 3 lignes directrices)<sup>1-3</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de votre constipation? <sup>2,3</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous êtes constipé, <b>qu'est-ce qui vous aide?</b> <sup>2,3</sup> Renforcez si pertinent.
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelles sont vos habitudes d'élimination? <sup>1-3</sup> Renforcez si pertinent. Précisez :
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous d'aller à la toilette <b>30-60 minutes après chaque repas?</b> <sup>1-3</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de <b>boire 6 à 8 verres de liquides</b> , surtout tièdes ou chauds, par jour? <sup>1-3</sup> Essayez-vous de réduire votre consommation de caféine et d'alcool? <sup>2,3</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous augmenté <b>l'apport en fibres</b> 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.) <sup>2,3</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mangez-vous des <b>fruits laxatifs</b> (dattes et pruneaux dénoyautés, figues, nectar de pruneaux)? <sup>2,3</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demeurez-vous <b>actif autant que possible?</b> (Ex. : 15 à 20 minutes de marche 1 à 2 fois par jour; 30 à 60 minutes 3 à 5 fois par semaine.) <sup>2,3</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous accès facilement à une toilette ou à une chaise d'aisance? <sup>1-3</sup> Si possible, évitez de recourir à une bassine. <sup>1</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous présentez un nombre de neutrophiles bas, essayez-vous <b>d'éviter les examens rectaux, les suppositoires et les lavements?</b> <sup>1-3</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous parlé de votre constipation à un clinicien, pharmacien ou diététiste? <sup>1-3</sup>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.. <sup>2,3</sup>

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (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 2017; 2) CCO 2012; 3) BCCA 2014; 4) Puzanov 2017; 5) Brahmer 2018; 6) Hryniewicki 2018; 7) NCCN 2018; 8) BCCA 2017; 9) CCO 2018; 10) Watanabe 2011; 11) NCI-CTCAE 2017 (Références complètes : pages 40-48)

# La dépression : guide de pratique d'évaluation

Dépression : Gamme de sentiments et d'émotions allant d'une tristesse normale à chronique, affect émotif déprimé, sentiment de désespoir, irritabilité, sentiment d'impuissance. <sup>1,2</sup>

## 1. Évaluation de la gravité de la dépression (données probantes : 8 lignes directrices)<sup>1-8</sup>

Recevez-vous actuellement des soins professionnels pour une dépression?<sup>4</sup>  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point vous sentez-vous déprimé? 0="Aucune dépression" and 10=" La pire dépression possible" <sup>2-6,9</sup>	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? <sup>1-5</sup>	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 <sup>1-3,5</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, quelques-unes	<input type="checkbox"/>	Oui, plusieurs	<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? <sup>1-6</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre dépression interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? <sup>1-6,10</sup>	Non <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous fatigué, las ou épuisé? <sup>1-3,5</sup> (ESAS-r)	Non, 1-3	<input type="checkbox"/>	Oui, 4-6	<input type="checkbox"/>	Oui, 7-10	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous agité (peu inclure avoir des tics ou tourner en rond), confus ou avez-vous plus de difficulté à réfléchir? <sup>1-3,5</sup>	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"/> soutien social insuffisant, <input type="checkbox"/> antécédents de dépression, <input type="checkbox"/> difficultés financières, <input type="checkbox"/> sevrage d'alcool/drogue, <input type="checkbox"/> enfants à charge, <input type="checkbox"/> maladie récurrente ou avancée, <input type="checkbox"/> abus antérieurs, <input type="checkbox"/> traitement complété récemment? <sup>1-6</sup>	Aucun	<input type="checkbox"/>	Quelques-uns	<input type="checkbox"/>	Plusieurs	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des soucis qui vous dépriment: <sup>1-5</sup> <input type="checkbox"/> événements récents, <input type="checkbox"/> nouvelles données sur le cancer et son traitement, <input type="checkbox"/> préoccupations spirituelles/religieuses?	Non	<input type="checkbox"/>	Quelques-uns	<input type="checkbox"/>		
Ressentez-vous: <sup>1-5</sup> <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Douleur, <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil, <input type="checkbox"/> Anxiété	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→Souffrez-vous de (signes d'hyperthyroïdie) : <input type="checkbox"/> perte de poids, <input type="checkbox"/> cœur qui bat fort ou s'emballe, <input type="checkbox"/> tremblements, <input type="checkbox"/> chaleurs, <input type="checkbox"/> diarrhée <sup>7,8</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>

	<b>1</b>	<b>Léger</b> (vert)		<b>2</b>	<b>Modéré</b> (jaune)		<b>3</b>	<b>Sévère</b> (rouge)
---	----------	------------------------	---	----------	--------------------------	---	----------	--------------------------

## 2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 6 lignes directrices)<sup>1-6</sup>

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

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus  
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 : 5 lignes directrices)<sup>1-3,5,6</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la dépression*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	ISRS : fluoxétine (Prozac <sup>®</sup> ), sertraline (Zoloft <sup>®</sup> ), paroxétine (Paxil <sup>®</sup> ), citalopram (Celexa <sup>®</sup> ), fluvoxamine (Luvox <sup>®</sup> ), escitalopram (Lexapro <sup>®</sup> ) <sup>1-3,5,6</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline (Elavil <sup>®</sup> ), imipramine (Tofranil <sup>®</sup> ), désipramine (Norpramin <sup>®</sup> ), nortriptyline (Pamelor <sup>®</sup> ), doxépine (Sinequan <sup>®</sup> ) <sup>1,2,5,6</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	IRSN : venlafaxine (Effexor XR <sup>®</sup> ), duloxétine (Cymbalta <sup>®</sup> ) <sup>1</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Psychostimulants : méthylphénidate (Ritalin <sup>®</sup> ) <sup>1,2</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Autres antidépresseurs : bupropion (Wellbutrin <sup>®</sup> ), trazodone (Mylan <sup>®</sup> ), mirtazapine (Remeron <sup>®</sup> ), miansérine (Tolvon <sup>®</sup> ) <sup>1</sup>		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.<sup>1-3,5,6</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 6 lignes directrices)<sup>1-6</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> pour vous sentir moins déprimé?
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous êtes déprimé, <b>qu'est-ce qui vous aide</b> ? Renforcez si pertinent.
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Que faites-vous comme <b>activité physique</b> ? <sup>2-4,6</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous l'impression d'avoir assez <b>d'aide à la maison</b> et pour vous rendre à vos rendez-vous/traitements (transport, aide financière, médicaments)? <sup>2-4,6</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faites-vous partie de <b>groupes d'aide</b> ou avez-vous des amis ou de la famille sur qui compter? <sup>1-6</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé la <b>relaxation</b> ou la visualisation, <sup>1-3,5</sup> ou les <b>thérapies créatives</b> (arts, danse, musique, etc.)? <sup>2,3</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé une thérapie comme la thérapie <b>cognitivo-comportementale</b> , 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? <sup>1-6</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vos préoccupations sont de nature spirituelle ou religieuse, avez-vous cherché l'accompagnement spirituelle ou essayé la méditation pleine conscience, la prière, l'office religieux ou d'autres <b>activités spirituelles</b> ? <sup>2</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acceptez-vous d'être recommandé à un professionnel en santé mentale? <sup>1-6</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le fait d'obtenir <b>plus d'information sur vos symptômes, votre cancer ou votre traitement</b> permettrait-il de calmer vos inquiétudes? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. <sup>1-6</sup>

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez 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 2019; 2) NCCN 2018; 3) Howell 2015; 4) CCO 2019; 5) Butow 2015; 6) Li 2016; 7) Puzanov 2017; 8) Hryniewicki 2018; 9) Watanabe 2011; 10) NIH-NCI CTCAE 2017 (Références complètes : pages 40-48)

# La diarrhée : guide de pratique d'évaluation

Diarrhée : Selles anormalement liquides et fréquentes, comparativement à la moyenne personnelle accompagnées ou non de crampes abdominales.<sup>1-5</sup>

## 1. Évaluation de la gravité de la diarrhée (données probantes : 15 lignes directrices)<sup>1-15</sup>

Avez-vous passé un test pour le C. difficile?<sup>1,2,4,7-12,14,15</sup>  Oui  Non  incertain Résultat : \_\_\_\_\_

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous votre diarrhée? (0="aucune diarrhée"; 10="pire diarrhée possible") <sup>16</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Votre diarrhée vous inquiète-t-elle? <sup>2,3</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Combien de selles de plus qu'habituellement faites-vous par jour? <sup>1-3,5,11,14,17</sup>	< 4 <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	4-6 <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	≥ 7 <sup>≥G3</sup>	<input type="checkbox"/>
Stomie : Par rapport à votre normale, à quel point la production de selles a-t-elle augmenté? <sup>2,3,5,11,17</sup>	Peu	<input type="checkbox"/>	Modérée	<input type="checkbox"/>	Beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Selles/jour au-dessus de la normale? <sup>6-10,12,15,17</sup>			< 4 <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	≥ 4 <sup>≥G2</sup>	<input type="checkbox"/>
→ Stomie : quantité au-dessus de la normale? <sup>8</sup>			Peu	<input type="checkbox"/>	≥ Modéré	<input type="checkbox"/>
→ Diarrhée la nuit ou nouvelle incontinence? <sup>6-8,10,15</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Comment décririez-vous vos selles (couleur, fermeté, odeur, quantités, huileuses, sang, mucus, doit forcer pour déféquer; difficiles à évacuer)? <sup>1-3,5,11</sup>					Sang dans les selles	<input type="checkbox"/>
→ Sang ou mucus dans les selles? <sup>6-10,12,15</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre (> 38° C) <sup>1-3,7-12,14,15</sup> <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous de la douleur à l'abdomen ou au rectum, avec ou sans crampes ou gonflements? <sup>1-3,11</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Douleurs abdominales, crampes, ballonnements? <sup>6-10,12,13,15</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Combien de verres de liquides buvez-vous par jour? <sup>2</sup>	6-8 verres	<input type="checkbox"/>	1-5 verres	<input type="checkbox"/>	Quelques gorgées	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine) <sup>1-3,6-8,10,11,14</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Votre diarrhée interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? <sup>3,5,6,8,9,11,15</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? <sup>1-3,11</sup> <input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissements <input type="checkbox"/> Mucite buccale	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
→ Apparition de fatigue intense, maux de tête, éruptions cutanées, toux, nausée, essoufflement, perte de poids, problèmes ou douleurs oculaires, faiblesse musculaire, douleurs articulaires, sautes d'humeur? <sup>8-10</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments qui font augmenter les risques de la diarrhée (exemple : laxatifs)? <sup>2,3,11,14</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous voyagé récemment ou des contacts avec des gens ayant la diarrhée? <sup>2,4,11</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Lésions cutanées rectales ou à la stomie? <sup>2,3,11</sup>	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 : 13 lignes directrices)<sup>1-3,5-12,14,15</sup>

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.  
 Demandez d'aviser 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 sur immunothérapie, avisez le clinicien.

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 : 14 lignes directrices)<sup>1-13,18</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la diarrhée*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Traitement de première ligne : Lopéramide (Imodium®) <sup>1-5,11,14,18</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Octreotide (Sandostatine®) pour la diarrhée due à la chimio <sup>1-5,11,18</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Fibre de psyllium pour les cas dus aux radiations (Metamucil®) <sup>1,4</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Atropine-diphénoxylate (Lomotil®) <sup>2,4</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Crème corticoïde si irritation de la peau du rectum <sup>3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Lopéramide (Imodium®) pour la diarrhée modérée <sup>6,7,9-13,15</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Corticostéroïdes/prednisone <sup>6-13,15</sup> , Infiximab, <sup>6-10,12,13,15</sup> Vedolizumab <sup>8-10,12</sup> ou Budesonide <sup>10,11</sup> pour la diarrhée sévère		Avis d'expert

→ Inhibiteur de point de contrôle immunitaire. \*Pour la diarrhée due aux radiations, on déconseille généralement le sucralfate<sup>1,18</sup> et les antibiotiques oraux.<sup>2</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 11 lignes directrices)<sup>1-4,7-12,14</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de votre diarrhée? <sup>5</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous avez la diarrhée, <b>qu'est-ce qui vous aide?</b> <sup>2,5</sup> Renforcez si pertinent.
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de <b>boire de 6 à 8 verres de liquides clairs</b> par jour? <sup>1-4,7-11</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de <b>remplacer les électrolytes</b> (potassium et sodium ou sel). Suggérez : des bananes et des pommes de terre, en buvant des boissons sportives, 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)? <sup>1-4,7,10,11,14</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Savez-vous <b>quels aliments</b> vous devriez essayer de manger? <sup>1-3,7,8,14</sup> 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 (riches en fibres solubles/pauvres en fibres insolubles)
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Savez-vous <b>quels aliments éviter?</b> <sup>1-4,7,8,10-12,14</sup> Suggérez : aliments gras, frits ou épicés, alcool, réduire la caféine (<2-3 portions) (café, chocolat), jus de fruits ou boissons aux fruits en grande quantité, légumes crus, pain à grains entiers, noix, maïs soufflé, peaux, graines, légumineuses (fibres insolubles), aliments très chauds ou très froids, sorbitol (dans les bonbons sans sucre), produits contenant du lactose (lait, yogourt, fromage)
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de <b>manger 5 à 6 petits repas</b> par jour? <sup>1-3,11</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous parlé à une <b>diététicienne?</b> <sup>11,14</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de <b>garder propre la peau</b> autour de votre <b>rectum</b> ou de votre stomie pour éviter une dégradation de la peau? <sup>2,3</sup> Laver la peau périanale à l'eau tiède (+/- savon doux) après chaque selle. <sup>2</sup> Crème hydrofuge si le patient n'est pas en radiothérapie. <sup>2,3</sup> On peut utiliser des bandages hydrocolloïdes comme barrière physique pour protéger la peau. <sup>3</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comptez-vous le <b>nombre de selles</b> et savez-vous quels autres problèmes surveiller lorsque vous avez la diarrhée (ex. : fièvre, étourdissements)? <sup>2,11</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous discuté, avec un clinicien ou un pharmacien, des <b>médicaments</b> que vous prenez et qui pourraient <b>causer ou aggraver la diarrhée?</b> <sup>2,3,11,14</sup>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé des stratégies pour faire face à la situation : planification des sorties, vêtements de rechange, emplacement des toilettes, sous-vêtements absorbants? <sup>3</sup>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> 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 le patient (cochez 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.	
<b>Nom</b>	<b>Signature</b>	<b>Date</b>

Références : 1) ONS 2017; 2) BCCA 2014; 3) CCO 2012; 4) Schmidt-Hieber 2018; 5) Peterson 2015; 6) BCCA 2017; 7) CCO 2018; 8) Brahmer 2018; 9) NCCN 2018; 10) Haanen 2015; 12) Puzanov 2017; 13) ONS 2017; 14) Califano 2015; 15) Hryniewicki 2018; 16) Watanabe 2011; 17) NIH-NCI CTCAE 2017 18) Lalla 2014 (Références complètes : pages 40-48)

## La fatigue : guide de pratique d'évaluation

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.<sup>1-6</sup>

### 1. Évaluation de la gravité de la fatigue (données probantes : 14 lignes directrices)<sup>1-14</sup>

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point êtes-vous fatigué? (0="Aucune fatigue"; 10="Pire fatigue possible") <sup>1-5,15</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Votre fatigue vous inquiète-t-elle? <sup>1,3-6</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<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? <sup>1,2</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Comment décririez-vous la fréquence de vos moments de fatigue? <sup>1,2,4-6</sup>	Intermittent	<input type="checkbox"/>	Constant <2 semaines	<input type="checkbox"/>	Constant ≥2 semaines	<input type="checkbox"/>
Votre fatigue interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes? <sup>1-6,16</sup>	Non <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre (>38° C) <sup>1-5</sup> <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous les résultats de votre dernier test sanguin d'hémoglobine (Hgb)? <sup>1-5</sup> Date: <input type="checkbox"/> Incertain	<LIN-10.0g/dL	<input type="checkbox"/>	<10.0-8.0 g/dL	<input type="checkbox"/>	<8.0 g/dL	<input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu ou pris du poids depuis 4 semaines sans effort de votre part? <sup>1,2,4,5</sup> Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0-2.9%	<input type="checkbox"/>	3-9.9%	<input type="checkbox"/>	≥10%	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? <sup>1-5</sup> <input type="checkbox"/> Anxiété, <input type="checkbox"/> Douleur, <input type="checkbox"/> Perte d'appétit, <input type="checkbox"/> Dépression, <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil, <input type="checkbox"/> Faible consommation de liquides	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité endocrinienne): <sup>3,7-13</sup> <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> perte d'appétit, <input type="checkbox"/> constipation, <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> perte de cheveux, <input type="checkbox"/> peau sèche, <input type="checkbox"/> visage bouffi, <input type="checkbox"/> confusion, <input type="checkbox"/> maux de tête	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de pneumonie): <sup>7,9,11</sup> <input type="checkbox"/> toux, <input type="checkbox"/> sifflement, <input type="checkbox"/> essoufflement, <input type="checkbox"/> mal à la poitrine, <input type="checkbox"/> fièvre	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité cardiovasculaire): <sup>7,9</sup> <input type="checkbox"/> rythme cardiaque rapide ou arythmie, <input type="checkbox"/> essoufflement	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité hépatique): <sup>11,14</sup> <input type="checkbox"/> peau/yeux jaunes, <input type="checkbox"/> urine foncée, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> mal à l'estomac	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de myosite): <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> membres faibles, <input type="checkbox"/> difficulté à rester debout, lever les bras, se déplacer	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de syndrome hémolytique et urémique): <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> sang dans urine/selles ou nez/bouche, <input type="checkbox"/> moins d'urine, <input type="checkbox"/> bleus inexplicables, <input type="checkbox"/> douleurs abdominales, <input type="checkbox"/> peau pâle, <input type="checkbox"/> vomissements, <input type="checkbox"/> confusion/convulsions, <input type="checkbox"/> enflure	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous d'autres problèmes de santé qui entraînent de la fatigue (cœur, poumons, foie, reins, glandes) <sup>1-5</sup> ou consommez-vous trop d'alcool? <sup>1,2,4</sup>	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)? <sup>1-5</sup>	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 : 4 lignes directrices)<sup>1,2,4,5</sup>

Passez en revue les autosoins.

Passez en revue les autosoins.  
 Demandez d'aviser 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 sur immunothérapie, avisez le clinicien.

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 : 4 lignes directrices)<sup>1,3-5</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la fatigue*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Ginseng (américain ou asiatique) <sup>3,4</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Méthylphénidate (Ritalin <sup>®</sup> ) <sup>1,4,5</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Corticostéroïdes : dexaméthasone (Decadron <sup>®</sup> ), prednisone <sup>1,3-5</sup>		Équilibrer avantages et inconvénients

\* Le recours aux agents pharmacologiques pour soulager la fatigue liée au cancer est encore au stade expérimental.<sup>2</sup> Le méthylphénidate est envisageable avec prudence après avoir éliminé les autres causes de fatigue.<sup>4,5</sup> Les bienfaits des corticostéroïdes sont de courte durée. Leur usage prolongé est associé à d'importants effets toxiques.<sup>3,5</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 7 lignes directrices)<sup>1-6,17</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de votre fatigue? <sup>1-3,5</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous êtes fatigué, <b>qu'est-ce qui vous aide?</b> Renforcez si pertinent. <sup>1,2</sup>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Savez-vous ce qu'est la fatigue liée au cancer? Expliquez la différence avec la fatigue normale; expliquez que c'est normal dans un traitement contre le cancer. <sup>1-4,6</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tenez-vous un <b>journal de vos cycles de fatigue</b> pour faciliter la planification d'activités? <sup>2,4</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de <b>garder de l'énergie</b> pour les choses auxquelles vous tenez? <sup>1-5</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Que faites-vous comme <b>activité physique</b> , y compris le yoga? <sup>1-5</sup> Fixez des buts selon l'état santé actuel. Proposez de commencer par de l'activité légère, puis de passer graduellement à 20 min d'activités d'endurance (marche, jogging, nage) et de résistance (poids légers). 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? Une bonne hydratation et un régime équilibré (vitamines, minéraux) peuvent réduire la fatigue. <sup>1-5</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé des <b>activités</b> comme la lecture, les jeux, la musique, le jardinage ou les expériences en nature? <sup>1,2,4,17</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faites-vous partie d'un <b>groupe de soutien</b> ou avez-vous <b>des amis ou de la famille</b> sur qui compter? <sup>1-5</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé des activités pour vous détendre, comme la <b>relaxation</b> , la respiration profonde, la visualisation, <sup>1,4</sup> ou la <b>massothérapie</b> ? <sup>3</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous tenté l'une des choses suivantes pour <b>améliorer la qualité de votre sommeil</b> ? <sup>1-4</sup> S'exposer à la lumière au réveil; 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 <b>cognitivo-comportementale</b> ou la réduction du stress par la pleine conscience afin de vous aider à gérer votre fatigue? <sup>2-5</sup>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé la <b>luminothérapie</b> à la maison (lumière blanche vive)? <sup>4</sup>
14. <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? <sup>1-5</sup> (Spécialiste en réadaptation.)
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources. <sup>1-6</sup>

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez 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
<b>Nom</b>	<b>Signature</b>
	<b>Date</b>

**Références :** 1) BCCA 2014; 2) Howell 2015; 3) ONS 2017; 4) NCCN 2018; 5) AHS 2017; 6) Bennett 2016; 7) Brahmer 2018; 8) NCCN 2018; 9) Puzanov 2017; 10) Haanen 2017; 11) CCO 2018; 12) Hryniewicki 2018; 13) BCCA 2017; 14) BCCA 2017; 15) Watanabe 2011; 16) NIH-NCI CTCAE 2017 17) Bradt 2016 (Références complètes : pages 40-48)

# La neutropénie fébrile : guide de pratique d'évaluation

Neutropénie fébrile : Taux de neutrophiles (valeur absolue) < 500 cellules/mcl (équivalent à < 0,5 x 10<sup>9</sup>/L) OU < 1000 cellules/mcl (< 1,0 x 10<sup>9</sup>/L) et un déclin prévu à 500 cellules/mcl ou moins d'ici 48 heures ET température orale ponctuelle de ≥38,3° C (101° F) ou température de ≥38,0° C (100,4° F) pendant ≥1 heure.<sup>1-11</sup>

## 1. Évaluation de la gravité de la fièvre et de la neutropénie (données probantes : 15 lignes directrices)<sup>1-15</sup>

SI en chimiothérapie ou immunothérapie, date du dernier traitement?<sup>2,5-7,9,10,13,15</sup> \_\_\_\_\_

Prenez-vous des antibiotiques récemment?<sup>2,3,5-7,9,10</sup>  Non  Oui <48 heures  Oui ≥48 heures

Quelle a été votre température depuis 24 heures?<sup>1-15</sup> Actuellement : \_\_\_\_\_ Températures précédentes : \_\_\_\_\_

Avez-vous pris de l'acétaminophène (Tylenol®) ou de l'ibuprofène (Advil®)?<sup>6,7,10</sup> Si oui, quand et quelle quantité? \_\_\_\_\_

Température orale de ≥38,0° C (100,4° F) <sup>1-15</sup>	Non <input type="checkbox"/>	Oui pour <1 heure <input type="checkbox"/>	Oui pour ≥1 heure <input type="checkbox"/>
Dernière numération des neutrophiles connue <sup>1-16</sup> Date : _____ <input type="checkbox"/> Incertain	>1000 cell/mcl <input type="checkbox"/>		Fièvre plus ≤500 cellules/mcl ou 1000 cellules/mcl et baisse attendue <sup>G3</sup> <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? <input type="checkbox"/> Saignements, <input type="checkbox"/> Essoufflement, <input type="checkbox"/> Constipation, <input type="checkbox"/> Diarrhée, <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Mucite buccale, <input type="checkbox"/> Bouche sèche, <input type="checkbox"/> Nausée et des vomissements, <input type="checkbox"/> Radiodermite	Non <input type="checkbox"/>	Oui, un peu <input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <input type="checkbox"/>
Votre fièvre vous inquiète-t-elle? <sup>7</sup>	Non/Peu <input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <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 : 15 lignes directrices)<sup>1-15</sup>

<input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Demandez d'aviser si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures. <sup>2,6,12</sup>	<input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Demandez d'aviser si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures. <sup>2,6,12</sup> <input type="checkbox"/> Si ≥38,0° depuis <1 hour, demandez d'aviser si encore ≥38.0 après 1 heure.	<input type="checkbox"/> Référez pour des soins médicaux d'urgence. <b>Le traitement de la neutropénie fébrile par antibiotiques doit commencer dans l'heure</b> suivant sa déclaration. <sup>2-7,9,12-14</sup> Il est primordial de recueillir des données cliniques et de laboratoire afin de localiser le site possible d'infection avant de commencer les antibiotiques. <sup>1-5,7,9,12-14</sup>
---	--	--

Légende : NCI-CTCAE G3=grade3

N.B. Nous normalisons la température de 38,0° 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 : 9 lignes directrices)<sup>1-3,6,10,11,13-15</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments	Notes (ex. : dose, suggérez de suivre la prescription)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	G(M)-CSF pour les patients à risque <sup>1-3,6,10,11,13,15</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Antibiotiques pour prévenir l'infection pour les patients à risque élevé <sup>2,10,11,14,15</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Antifongiques pour prévenir l'infection (patients à risque) <sup>2,10,11,14</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Antiviraux pour certains patients à risque <sup>1,2,11,14</sup>		Efficace

\* 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.<sup>7,10</sup> G-CSF habituellement recommandé pour les patients ayant >20% de chances de développer une neutropénie fébrile.<sup>1,3,11,15</sup> La prophylaxie antibiotique devrait être réservée aux patients à haut risque avec une durée attendue de neutropénie de >7 jours, cela pouvant favoriser une résistance aux antibiotiques.<sup>2,10,11,14,15</sup> La prophylaxie antifongique devrait être réservée à un groupe cible de patients à haut risque dont la neutropénie devrait durer >7 jours.<sup>2,10,11,14</sup> La prophylaxie antivirale est recommandée pour certains patients à risque avec certaines infections virales ou réactivations d'infections.<sup>1,2,11,14</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies ou plus d'autosoins (Données probantes : 13 lignes directrices)<sup>1-3,5-14</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la température n'est pas $\geq 38,0$ °C, <b>prenez-vous votre température</b> à l'aide d'un thermomètre buccal? <sup>3,8,10</sup> Éviter la prise rectale. <sup>2,7</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous <b>lavez-vous les mains</b> fréquemment au savon ou au désinfectant à base d'alcool? <sup>1,10,11,14</sup>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de <b>boire de 6 à 8 verres de liquides</b> clairs par jour <sup>1,3,5-7,9-11,14</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous d'éviter les lavements, les suppositoires, les tampons et les procédures invasives? <sup>1,2,5,7,10</sup> La constipation et l'effort lors de la selle peuvent abîmer les tissus rectaux. <sup>10</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous d' <b>éviter les foules et les personnes possiblement malades</b> ? <sup>1,10</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mangez-vous des <b>aliments bien cuits</b> ou des fruits et légumes frais crus bien lavés? <sup>1,10,11</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous <b>brossez-vous les dents avec une brosse souple</b> au moins deux fois par jour? <sup>1,10</sup> Passez la soie dentaire si vous en avez l'habitude, sans douleur.
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous une <b>douche ou un bain chaque jour</b> ? <sup>1,10</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifiez-vous la présence de sites possibles d'infection <b>sur la bouche et la peau</b> (dispositif d'accès, région rectale) et gardez-vous ces régions propres et sèches? <sup>1-3,5,7,10,13</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous parlé avec un clinicien du vaccin annuel contre la grippe et d'autres vaccins (avec vaccin inactivé)? <sup>1,2,10,11,14</sup> Les membres de votre foyer et vos visiteurs doivent tous être à <b>jour dans leurs vaccins</b> (influenza, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle).
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? <sup>2,3,7-10,12</sup> Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez 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 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 2011; 2) NCCN 2018; 3) Klastersky 2016; 4) Tam 2011; 5) AHS 2014; 6) CCMB 2017; 7) CCNS 2014; 8) Krzyzanowska 2016; 9) Taplitz 2018; 10) BCCA 2014; 11) ONS 2017; 12) NICE 2012; 13) NICaN 2015; 14) Flowers 2013; 15) Neumann 2013; 16) NIH-NCI CTCAE 2017 (Références complètes : pages 40-48)

# La sécheresse buccale/xérostomie : guide de pratique d'évaluation

Xérostomie : sécheresse anormale de la cavité orale découlant d'une réduction ou d'un épaissement considérable de la production de salive. La sécheresse buccale ressentie est le produit d'une hypofonction des glandes salivaires. Elle peut être aiguë ou chronique.<sup>1-3</sup>

## 1. Évaluation de la gravité de la xérostomie (données probantes : 5 lignes directrices)<sup>1-5</sup>

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point avez-vous la bouche sèche? (0="Pas du tout"; 10="Pire sécheresse possible")? <sup>1,2,6</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Votre sécheresse buccale vous inquiète-t-elle? <sup>1-3</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Votre salive est-elle plus épaisse ou moins abondante que d'habitude? <sup>1,2,7</sup>	Non/Un peu <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
Votre bouche est-elle douloureuse? <sup>1,2</sup>	Non/léger 0-3	<input type="checkbox"/>	Modéré 4-6	<input type="checkbox"/>	Grave 7-10	<input type="checkbox"/>
Votre bouche a-t-elle des rougeurs, des taches blanches, des fissures ou des ampoules? <sup>1-3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? <sup>1,2</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Saignez-vous de la bouche? <sup>2</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, en mangeant ou en me brossant les dents	<input type="checkbox"/>	Oui, n'importe quand	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous capable de manger? <sup>1-3,7</sup>	Oui <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, aliments mous <sup>G2</sup>		Non <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
Combien de verres de liquide buvez-vous par jour? <sup>1,2,4</sup>	6-8 verres	<input type="checkbox"/>	1-5 verres		Quelques gorgées	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? <sup>1,2,4</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes d'acidocétose diabétique): <input type="checkbox"/> soif accrue, <input type="checkbox"/> miction fréquente, <input type="checkbox"/> haleine fruitée <input type="checkbox"/> mal à l'estomac, <input type="checkbox"/> faiblesse, <input type="checkbox"/> rythme cardiaque élevé <input type="checkbox"/> vomissements, <input type="checkbox"/> confusion, <input type="checkbox"/> peau sèche?	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes d'uvéïte) : <input type="checkbox"/> yeux secs, <input type="checkbox"/> mal aux yeux, <input type="checkbox"/> yeux rouges, <input type="checkbox"/> vision trouble ou dédoublée? <sup>9,10</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre sécheresse buccale vous empêche-t-elle de parler? <sup>1-3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Votre sens du goût a-t-il changé? <sup>1-3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous perdu du poids depuis 1 à 2 semaines sans effort de votre part? <sup>1,2</sup> Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0-2.9%	<input type="checkbox"/>	3-9.9%	<input type="checkbox"/>	≥10 %	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à respirer? <sup>1,2</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments qui assèchent la bouche? <sup>1-3,5</sup> (anticholinergiques, antiémétiques)	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Votre sécheresse buccale interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes? <sup>1,2</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>

	 <b>1</b>	<b>Léger</b> (vert)	 <b>2</b>	<b>Modéré</b> (jaune)	 <b>3</b>	<b>Sévère</b> (rouge)
<b>2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1 ligne directrice)<sup>1</sup></b>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.	<b>2</b>	<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"/> Demandez d'aviser si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures.	<b>3</b>	<input type="checkbox"/> Référez pour des soins médicaux d'urgence. <input type="checkbox"/> Si sur immunothérapie, avisez le clinicien.

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 xérostomie (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 5 lignes directrices)<sup>1-5</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la sécheresse buccale (xérostomie)	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Pilocarpine (Salagen <sup>®</sup> ), stimulant salivaire <sup>3</sup>		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Anétholtrithione (Sialor <sup>®</sup> ), stimulant salivaire <sup>1,5</sup>		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Substituts de salive (Biotene <sup>®</sup> , Moi-Stir <sup>®</sup> ) <sup>1-5</sup>		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Médicaments oraux contre la douleur <sup>1,2</sup>		Avis d'experts

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 5 lignes directrices)<sup>1-5</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
			1. <b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de votre sécheresse buccale? <sup>1,2</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Qu'est-ce qui vous aide</b> quand vous avez la bouche sèche? <sup>1,2</sup> Renforcez si pertinent. Précisez :
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de <b>boire de 6 à 8 verres de liquides</b> clairs par jour? <sup>1-5</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous <b>d'éviter les aliments et les boissons acides, salés, épicés, ou très chauds</b> ? <sup>1-3,5</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous avez de la difficulté à avaler, essayez-vous d'adopter une <b>alimentation molle</b> ? <sup>1,2</sup> 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. Humidifiez les aliments à l'aide de sauce, de vinaigrette, de bouillon ou de beurre/margarine.
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gardez-vous la bouche <b>fraîche et humide</b> à l'aide d'aliments frais ou froids? Proposez : sucettes glacées sans sucre, raisins congelés, eau froide, cubes de glace, fruits légèrement acides (exemples : concombre, pomme, tomate). <sup>1,2,4</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de vous <b>brosser les dents</b> avec une brosse douce et du dentifrice fluoré, au moins 2 fois par jour? <sup>1-5</sup> Soie dentaire aussi si vous y êtes habitué et sans douleur.
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous portez des dentiers, les enlevez-vous avant de brosser vos dents, les nettoyez-vous au dentifrice et les enlevez-vous pour de longues périodes (exemple : la nuit)? <sup>1,2,4,5</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez-vous un <b>rinse-bouche neutre 4 fois/jour</b> ? <sup>1-5</sup> 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 et recracher. Préparer journalièrement ou quotidiennement et garder à la température ambiante.
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mâchez-vous de la <b>gomme sans sucre</b> ou sucez-vous des bonbons durs pour stimuler la production de salive? <sup>1-5</sup> On peut aussi utiliser de la gomme ou des pastilles au xylitol, jusqu'à 6 grammes/jour. <sup>2</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous d'éviter le tabac et l'alcool, y compris le rinse-bouche à base d'alcool? <sup>1,2,4,5</sup>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protégez-vous vos lèvres à l'aide de soins <b>hydratants</b> ? <sup>1,2,4,5</sup>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez-vous des <b>substituts de salive</b> (gel, rinse-bouche, atomiseur)? <sup>1-5</sup> Si oui, depuis quand? Est-ce efficace? Découragez le recours aux tiges à base de glycérine.
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour réduire la sécheresse, utilisez-vous un <b>humidificateur à froid</b> ou un vaporisateur? <sup>1</sup>
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous envisagé l' <b>acupuncture</b> pour stimuler la production de salive? <sup>1-3</sup>
16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> 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 le patient (cochez 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 ou nouveau symptôme.

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

Références : 1) BCCA 2014; 2) CCO 2012; 3) AAOM 2016; 4) NICaN 2015; 5) Peterson 2015; 6) Watanabe 2011; 7) NIH-NCI 2017; 8) NCCN 2018; 9) Puzanov 2017; 10) Brahmer 2018

## La mucite buccale (stomatite) : guide de pratique d'évaluation

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.<sup>1-5</sup>

### 1. Évaluation de la gravité de la mucite buccale (données probantes : 6 lignes directrices)<sup>1-6</sup>

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos ulcérations? (0= "Aucune ulcération"; 10= "Pires ulcérations possibles"? <sup>2,3,7</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Vos ulcérations de la bouche vous inquiètent-elles? <sup>2,3</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Combien de plaies, d'ulcères ou d'ampoules avez-vous? <sup>1-6</sup>	0-4	<input type="checkbox"/>	>4	<input type="checkbox"/>	Elles se rejoignent	<input type="checkbox"/>
Vos ulcérations saignent-elles? <sup>1-3,6</sup>	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? <sup>1-5,8</sup>	Non/légèrement 0-3 <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Modérément 4-6 <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Énormément 7-10 <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il des taches rouges ou blanches dans votre bouche? <sup>1-6</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? <sup>1-3</sup> <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous la bouche sèche? <sup>2,3,5</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Êtes-vous capable de manger? <sup>1-5</sup> Sinon, pouvez-vous ouvrir et fermer la bouche? <sup>2</sup>	Oui	<input type="checkbox"/>	Oui, aliments mous	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine) <sup>1-3,5</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Quelle quantité de liquide buvez-vous par jour? <sup>1-3,5</sup>	6-8 verres	<input type="checkbox"/>	1-5 verres		Quelques gorgées / Incapable d'avaler	<input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu du poids depuis 1 à 2 semaines sans effort de votre part? <sup>1-3</sup> Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0-2.9%	<input type="checkbox"/>	3-9.9%	<input type="checkbox"/>	≥10 %	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à respirer? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Vos ulcérations interfèrent-elles avec vos activités quotidiennes? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<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 : 6 lignes directrices)<sup>1-6</sup>

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  
 Demandez d'aviser 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.

**Legend:** NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 : 7 lignes directrices)<sup>1-6,9</sup>

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®) <sup>1,3,5,6</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Médicaments oraux <sup>2-5</sup> , rince-bouche à la morphine, <sup>9</sup> anesthésique topique (lidocaïne), <sup>2-4</sup> fentanyl transdermique <sup>4,9</sup> pour la douleur		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Rince-bouche à 0,5 % de doxépine pour la douleur <sup>4,9</sup>		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Agent d'enrobage des muqueuses pour la douleur (Gelclair®) <sup>2-6</sup>		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Substituts de salive (Biotene®, Moi-Stir®, Caphosol®) <sup>2-6</sup>		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Stéroïdes topiques pour les lésions dues aux thérapies ciblées <sup>4,5</sup>		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Nystatine pour la candidose buccale <sup>2,5,6</sup>		Avis d'experts

\* Certaines formules de benzydamine HCl contiennent de l'alcool et peuvent donc piquer.<sup>5</sup> Le rince-bouche à la chlorhexidine et le sucralfate ne sont pas recommandés.<sup>1-6,9</sup> Le rince-bouche « magique » (à médication mixte) n'est pas recommandé. Un anesthésique local pour le soulagement de courte durée de la douleur peut compliquer la déglutition; informez le patient du risque accru d'étouffement en mangeant.<sup>1,3</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 7 lignes directrices)<sup>1-6,9</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de vos ulcérations? <sup>2,3</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous avez des ulcérations, <b>qu'est-ce qui vous aide?</b> <sup>2,3</sup> Renforcez si pertinent.
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de vous rincer la bouche 4 fois par jour avec un rince-bouche doux (ou plus souvent en présence d'ulcérations)? <sup>1-6,9</sup> 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. <sup>1,2,4</sup> Préparer journalièrement.
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de vous <b>brosser les dents</b> avec une brosse douce, au moins 2 fois par jour? <sup>1-6,9</sup> (En présence d'ulcérations, utiliser une minibrosse en mousse imbibée de solution de sel ou de bicarbonate de soude). Soie dentaire aussi si vous y êtes habitué et sans douleur.
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Rincez-vous votre brosse à dents</b> à l'eau chaude avant de vous en servir; la laissez-vous sécher à l'air avant de la ranger? <sup>1-3</sup>
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 <b>dentiers uniquement aux repas?</b> <sup>1-4,6</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protégez-vous vos lèvres à l'aide <b>d'hydratants?</b> <sup>1-6</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sucez-vous des pastilles de lactobacille <sup>1</sup> ou de zinc <sup>2,4</sup> pour prévenir les stomatites?
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous <b>d'éviter le tabac et l'alcool</b> , y compris le rince-bouche à base d'alcool? <sup>1-6</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous <b>de boire 6 à 8 verres de liquide</b> par jour? <sup>1-6</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous d'adopter une <b>alimentation molle?</b> <sup>1-4,6</sup> 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.
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous prenez des <b>analgésiques</b> , avez-vous essayé de les prendre <b>avant les repas</b> pour soulager votre douleur? <sup>1-4</sup>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous <b>d'éviter les aliments</b> et les boissons acides, salés, épicés, ou très chauds? <sup>1-4,6</sup>
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous avez de la difficulté à manger, avez-vous <b>parlé à une diététicienne</b> ou essayé des substituts de repas? <sup>1-3,5,6</sup>
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pendant la chimiothérapie, prenez-vous de l'eau glacée, <b>des copeaux de glace</b> ou des sucettes de glace pendant 30 minutes? <sup>1-4,6,9</sup>
16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? <sup>2,4,6</sup> Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez 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 2017; 2) CCO 2012; 3) BCCA 2014; 4) Peterson 2015; 5) NICaN 2015; 6) Califano 2015; 7) Watanabe 2011; 8) NIH-NCI CTCAE 2017; 9) Lalla 2014 (Références complètes : pages 40-48)

# La nausée et des vomissements : guide de pratique d'évaluation

Nausée : Impression subjective d'être sur le point de vomir.<sup>1</sup> Vomissement : Expulsion soudaine, par la bouche, du contenu de l'estomac, avec ou sans haut-le-cœur (mouvement gastrique et œsophagique sans vomissement).<sup>1</sup>

## 1. Évaluation de la gravité de la nausée ou des vomissements (Données probantes : 10 lignes directrices)<sup>1-10</sup>

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos nausées? 0="Aucune nausée"; 10="Pire nausée possible" <sup>1,2,11</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Vos vomissements/nausées vous inquiètent-ils? <sup>1-3,5</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Si vomissements : combien de fois par jour? <sup>1-3,5,12</sup>	≤1 <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	2-5 <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	≥6 <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
Quantité de vomi? <sup>1-3</sup>	Small	<input type="checkbox"/>	Modest	<input type="checkbox"/>	Large	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il du sang dans vos vomissures? Ressemblent-elles à du café moulu? <sup>1-3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous réussi à manger depuis 24 heures? <sup>1-3</sup>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous perdu du poids depuis 1 à 2 semaines sans effort de votre part? <sup>1-3</sup> Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0-2.9%	<input type="checkbox"/>	3-9.9%	<input type="checkbox"/>	≥10 %	<input type="checkbox"/>
Quelle quantité de liquides buvez-vous par jour? <sup>1-4</sup>	6-8 verres	<input type="checkbox"/>	1-5 verres	<input type="checkbox"/>	Quelques gorgées	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? <sup>1-4</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs à l'abdomen? <sup>1-3</sup>	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? <sup>1,2,4</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments qui peuvent causer de la nausée ou des vomissements? <sup>1-5</sup> (Opioïdes, antidépresseurs, antibiotiques, warfarine)	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Souffrez-vous d'autres symptômes? <sup>1-5</sup> <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> La fièvre <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Maux de tête	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité endocrinienne): <sup>6-9</sup> <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Perte d'appétit, <input type="checkbox"/> Constipation, <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> perte de cheveux, <input type="checkbox"/> peau sèche, <input type="checkbox"/> visage bouffi, <input type="checkbox"/> confusion, <input type="checkbox"/> maux de tête	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de neuropathie autonome): <sup>6,7,10</sup> <input type="checkbox"/> constipation, <input type="checkbox"/> problèmes urinaires, <input type="checkbox"/> changements au niveau de la transpiration	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de méningite aseptique): <sup>6,7,10</sup> <input type="checkbox"/> maux de tête, <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> raideur au cou	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité hépatique): <sup>6,8</sup> <input type="checkbox"/> urine foncée, <input type="checkbox"/> peau/yeux jaunes, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> douleurs abdominales	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité GI): <sup>6,10</sup> <input type="checkbox"/> douleurs abd, <input type="checkbox"/> sang/mucus dans les selles, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> perte de poids	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de syndrome urémique hémolytique): <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> sang dans urine/selles ou nez/bouche, <input type="checkbox"/> moins d'urine, <input type="checkbox"/> bleus inexplicables, <input type="checkbox"/> douleurs abd, <input type="checkbox"/> peau pâle, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> confusion/convulsions, <input type="checkbox"/> enflure	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 : 3 lignes directrices)<sup>1-3</sup>

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  
 Demandez d'aviser 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 sur immunothérapie, avisez le clinicien.

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus  
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)<sup>1-5,13-15</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la nausée et des vomissements	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	5-HT <sub>3</sub> : ondansétron (Zofran <sup>®</sup> ), granisétron (Kytril <sup>®</sup> ), dolasétron (Anszemet <sup>®</sup> ) <sup>1-5,13,14</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Olanzapine (Zyprexa <sup>®</sup> ) <sup>2,4,5,13,14</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Fosaprépitan (Emend <sup>®</sup> IV), aprépitan (Emend <sup>®</sup> ) <sup>1,4,5,13,14</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Trithérapie: dexaméthasone, 5 HT <sub>3</sub> (palonosétron), antagonistes du récepteur de la neurokinine (netupitant) pour risque émétique élevé <sup>4,5,13,14</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Cannabis/cannabinoïdes <sup>2,4,13,15</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Netupitant/palonosétron (NEPA) (Akyzéo <sup>®</sup> ) <sup>4,5,13,14</sup>		Efficace
<input type="checkbox"/>	Dexaméthasone (Decadron <sup>®</sup> ) seul ou en combinaison <sup>1-5,13,14</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Gabapentine (Neurontin <sup>®</sup> ) <sup>13</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Progestines <sup>13</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Lorazépam (Ativan <sup>®</sup> ) <sup>1-5,13,14</sup> , halopéridol (Haldol <sup>®</sup> ) <sup>1-4</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Métoclopramide (Maxeran <sup>®</sup> ) <sup>1-5,14</sup> , prochlorpérazine (Stemetil <sup>®</sup> ) <sup>1,14</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Autre : Cyclizine, <sup>3,5</sup> dimenhhydrinate <sup>1,2</sup> , méthotriméprazine <sup>1</sup>		Avis d'expert

\*Le patient court un risque accru de surdose d'opioïdes et de graves effets secondaires s'il combine gabapentine et opioïde.<sup>16</sup> Si neutropénie, éviter l'administration rectale.

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 6 lignes directrices)<sup>1-5,13</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de votre nausée et de vos vomissements? <sup>4,13</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous avez la nausée ou des vomissements, <b>qu'est-ce qui vous aide?</b> <sup>1,2</sup>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de <b>boire de 6 à 8 verres de liquides</b> clairs par jour? <sup>1,2,4</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé des <b>techniques de relaxation</b> comme la visualisation, la musicothérapie, la relaxation musculaire progressive ou l'hypnose? <sup>1,2,4,5,13</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des <b>médicaments antinauséux à action rapide avant les repas</b> pour qu'ils agissent pendant et après ceux-ci? <sup>1,2</sup>
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). <sup>1,2</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous : De manger <b>5 à 6 petits repas</b> ou collations par jour? <sup>1-4</sup> De manger des aliments qui sont moins nauséux pour vous, vos aliments réconfortants? <sup>1,2,4</sup> D'éviter les aliments gras, frits, très salés ou épicés? De manger des aliments froids, tout en évitant les températures extrêmes et les arômes forts? Évitez-vous l'alcool et le tabac? <sup>1,4,5</sup>
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? <sup>1,2</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vomissements : Essayez-vous d'utiliser un <b>rinçage-bouche neutre</b> 4 fois/jour? <sup>2</sup> 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 et recracher. Préparer journalièrement ou quotidiennement et garder à la température ambiante.
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé <b>l'acupuncture ou la digitopression</b> pour alléger vos nausées ou vos vomissements? <sup>1,2,4</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous parlé à une diététiste? <sup>1,2,4</sup>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? <sup>1-3</sup> Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez 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.	
<b>Nom</b>	<b>Signature</b>	<b>Nom</b>

**Références:** 1) BCCA 2014; 2) CCO 2019; 3) NICaN 2015; 4) NCCN 2019; 5) Roila 2019; 6) Brahmer 2018; 7) NCCN 2018; 8) CCO 2018; 9) Puzanov 2017; 10) Haanen 2017; 11) Watanabe 2011; 12) NIH-NCI CTCAE 2017; 13) ONS 2017; 14) Hesketh 2017; 15) Smith 2015; 16) Health Canada 2019 (Références complètes : pages 40-48)

# La douleur : guide de pratique d'évaluation

Douleur : Inconfort sensoriel ou émotif subjectif associé à des lésions tissulaires réelles ou possibles, ou décrit de telle manière.<sup>1-5</sup> Il existe deux grands types de douleur : nociceptive et neuropathique. La douleur nociceptive est le produit de la stimulation des récepteurs de douleurs à l'intérieur de tissus endommagés ou en proie à un processus inflammatoire;<sup>1,2,5,6</sup> on la divise en : a) douleur somatique à la peau, aux muscles ou aux os décrite comme une sensation douloureuse, lancinante, pénétrante, ou une pression; b) douleur viscérale aux organes ou aux viscères décrite comme des tiraillements, des crampes ou des douleurs aiguës.<sup>1,2</sup> La douleur neuropathique est due à des lésions nerveuses et décrite comme une brûlure, des picotements, des fourmillements ou une douleur fulgurante.<sup>1,2,5,6</sup>

## 1. Évaluation de la gravité de la douleur (Données probantes : 15 lignes directrices)<sup>1-15</sup>

Décrivez-moi la douleur (emplacement, apparition, propagation, ressenti, ce qu'il l'améliore ou l'empire) : \_\_\_\_\_<sup>1-9</sup>  
 Savez-vous ce qui en serait la cause (chirurgie, blessure, maladie, douleur préexistante/arthrite, compression médullaire)?<sup>1,2,4-6,9</sup>

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la douleur que vous ressentez (0=Aucune douleur; 10=Pire douleur possible) <sup>1,2,5-8,16</sup>	0 – 3	<input type="checkbox"/>	4 – 6	<input type="checkbox"/>	7 - 10	<input type="checkbox"/>
Pire douleur et douleur 2 heures après médication? <sup>1,2,6,7</sup>	0 - 3	<input type="checkbox"/>	4 – 6	<input type="checkbox"/>	7 - 10	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous capable d'oublier votre douleur? <sup>6</sup>	Oui, souvent	<input type="checkbox"/>	Oui, parfois	<input type="checkbox"/>	Non, jamais	<input type="checkbox"/>
Votre douleur vous inquiète-t-elle? <sup>1,2,5,6,8,9</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
La douleur est-elle apparue subitement? <sup>1-3,5-8</sup>	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? <sup>1,2,5,6,8</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une perte de contrôle de vos sphincters, des engourdissements dans les doigts, les orteils ou les fesses, de la difficulté à marcher ou à garder l'équilibre? <sup>1</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous : confusion, forte envie de dormir, hallucinations ou spasmes musculaires? <sup>1,2,6</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
La douleur interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes? <sup>1,2,5-8,17</sup>	Non <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
La douleur affecte-t-elle votre humeur? <sup>1,2,5,6</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vos médicaments apaisent-ils cette douleur? <sup>1,2,5,6</sup>	Complètement	<input type="checkbox"/>	En partie	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Les analgésiques limitent-ils vos activités quotidiennes? <sup>1,2,6</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avez/êtes-vous (facteurs de risque d'abus d'opioïdes): <sup>2,5,6</sup> <input type="checkbox"/> historique d'alcoolisme/toxicomanie, <input type="checkbox"/> problèmes juridiques, <input type="checkbox"/> troubles psychiatriques, <input type="checkbox"/> jeune âge, <input type="checkbox"/> historique d'abus sexuels, <input type="checkbox"/> soutien social/financier déficient <input type="checkbox"/> gros fumeur?	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Souffrez-vous d'autres symptômes?: <sup>1,2,4-6,9</sup> <input type="checkbox"/> Constipation, <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissements, <input type="checkbox"/> Dépression, <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil, <input type="checkbox"/> démangeaisons, <input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicités musculosquelettiques): <sup>10-14</sup> <input type="checkbox"/> douleur/enflure articulaire, <input type="checkbox"/> raideurs après une période d'inactivité, <input type="checkbox"/> faiblesse musculaire, <input type="checkbox"/> douleur atténuée par le mouvement ou la chaleur	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité hépatique) : <sup>10,11,13</sup> <input type="checkbox"/> douleur abdominale, côté droit <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> peau/yeux jaunes, <input type="checkbox"/> urine foncée, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> nausée	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité endocrinienne): <sup>10,11,13,14</sup> <input type="checkbox"/> douleur abdominale, <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> perte d'appétit, <input type="checkbox"/> constipation, <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> perte de cheveux, <input type="checkbox"/> peau sèche, <input type="checkbox"/> visage bouffi, <input type="checkbox"/> confusion	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité oculaire): <sup>10-12</sup> <input type="checkbox"/> mouvements des yeux douloureux, <input type="checkbox"/> altération de la vision, <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> enflure des paupières	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 : 4 lignes directrices)<sup>1,2,5,6</sup>

Passez en revue les auto-soins  
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu

Passez en revue les auto-soins  
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu  
 Demandez d'aviser 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 sur immunothérapie, avisez le clinicien.

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus  
 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 : 14 lignes directrices)<sup>1-14</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la douleur*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	1 non-opioïdes: <sup>1-3,6,8-14</sup> acétaminophène (Tylenol <sup>®</sup> ), AINS, inhibiteurs de la COX-2, néfopam (Acupan <sup>®</sup> )		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	2 opioïdes doux: <sup>2,3,6,8,9</sup> codéine, tramadol, tapentadol		Efficace
<input type="checkbox"/>	3 Strong opioïde: <sup>1,2,6,8,9</sup> morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone		Efficace
<input type="checkbox"/>	Accès douloureux : <sup>1,2,5-8</sup> dose supplémentaire d'opioïdes oraux à action immédiate ou fentanyl transmuco-sal		Efficace
<input type="checkbox"/>	Douleur chronique : <sup>2,9</sup> buprénorphine transdermique, fentanyl transdermique, anesthésique systémique (mexilétine)		Efficace
<input type="checkbox"/>	Douleur chronique : <sup>2,9</sup> cannabis/cannabinoïdes		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Douleur réfractaire : <sup>4,8</sup> kétamine		Équilibrer avantages et inconvénients
<input type="checkbox"/>	Douleur neuropathique: <sup>1-3,6,8,9</sup> Antidépresseur ou anticonvulsivant		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	→ Prednisone pour la douleur due à l'immunothérapie <sup>10-15</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Traitement prophylactique de la constipation: <sup>1,2,6,8</sup> stimulant (sennosides ou bisocodol) plus laxatif osmotique (lactulose ou PEG)		Probablement efficace / avis d'expert

\*AINS à utiliser avec prudence en raison du risque de toxicité rénale, GI ou cardiaque, de thrombocytopénie ou de trouble hémorragique.<sup>2,6</sup> Évitez le recours aux opioïdes à action prolongée en période de douleur aiguë sévère.<sup>1,2,6,8</sup> Opioïdes à utiliser avec prudence chez les patients souffrant de dysfonction rénale ou hépatique.<sup>1,2,6,8</sup> Personnes âgées : éviter les antidépresseurs tricycliques.<sup>6</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 9 lignes directrices)<sup>1-3,5-9,18</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de votre douleur (cible sur une échelle de 0 à 10)? <sup>1,2,6,7</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y a-t-il un membre de <b>la famille ou un ami qui vous aide</b> à gérer votre douleur? <sup>1,2,6</sup>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprenez-vous bien la distinction <b>entre dose régulière et doses supplémentaires</b> (entredoses)? Sinon, expliquez la douleur et la gestion de la douleur. <sup>1,2,5,6,8,9</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des craintes ou des <b>inquiétudes à propos de la prise d'antidouleurs</b> ? Si oui, obtenez des détails et expliquez. <sup>1-3,5</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tenez-vous un journal de bord pour <b>noter le degré de douleur</b> et la variation de douleur 1 à 2 heures après la prise d'antidouleurs? <sup>1,5</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Qu'est-ce qui vous aide</b> quand vous avez de la douleur? Renforcer si pertinent. <sup>1,2,6,8</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé les <b>massages</b> , avec ou sans aromathérapie, la <b>physiothérapie</b> , <b>l'acupuncture</b> , le chaud/froid ou la neurostimulation transcutanée? <sup>1,2,6</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faites-vous de <b>l'exercice léger</b> (marche, natation, vélo, étirements)? <sup>1,2,6</sup>
9. <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, réduction du stress pleine conscience, visualisation, hypnose? <sup>1-3,6,18</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous prenez des opioïdes, prenez-vous aussi des <b>médicaments contre la constipation</b> ? <sup>1,2,6,8</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous avez d'autres symptômes, ceux-ci sont-ils sous contrôle? <sup>2</sup>

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez 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) BCCA 2014; 2) NCCN 2019; 3) ONS Acute Pain 2019; 4) ONS Refractory/Intractable Pain 2019; 5) Daeninck 2016; 6) CCO 2018; 7) ONS Breakthrough Pain 2019; 8) Yamaguchi 2013; 9) ONS Chronic Pain 2019; 10) Brahmer 2018; 11) NCCN 2018; 12) Puzanov 2017; 13) CCO 2018; 14) Haanen 2017; 15) Hryniewicki 2018; 16) Watanabe 2011; 17) NIH-NCI CTCAE 2017; 18) Bradt 2016 (Références complètes : pages 40-48)

# La neuropathie périphérique : guide de pratique d'évaluation

Neuropathie : Décrite comme une insensibilité, des picotements, une brûlure, des fourmillements, des tremblements, une perturbation de l'équilibre, une douleur aux mains, pieds, bras ou jambes. 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.<sup>1-4</sup> Autres causes : traumatisme chirurgical, traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire, radiation impliquant la moelle épinière.<sup>1,3</sup>

## 1. Évaluation de la gravité de la neuropathie (Données probantes : 10 lignes directrices)<sup>1-10</sup>

Si le patient est en chimiothérapie, date du dernier traitement? \_\_\_\_\_

Parlez-moi de votre neuropathie (endroit, apparition, irradiation, ressenti, ce qui l'améliore ou l'empire) :<sup>1,3</sup> \_\_\_\_\_

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre neuropathie? (0=" Pas de neuropathie"; 10=" Pire neuropathie possible") <sup>1,3,11</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Votre neuropathie vous inquiète-t-elle? <sup>6,9</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous mal à votre/vos (emplacement de la neuropathie)? <sup>1-4</sup> 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"/>
→ Douleur au bas du dos ou aux cuisses <sup>6,9</sup>	Non 0	<input type="checkbox"/>	Légèrement 1-3	<input type="checkbox"/>	> Modérément 4-10	<input type="checkbox"/>
Remarquez-vous une nouvelle faiblesse aux bras ou aux jambes? <sup>1,2</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Apparition rapide d'une faiblesse dans les bras ou les jambes <sup>5-7,9</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Éprouvez-vous des difficultés à marcher, à gravir un escalier ou avec votre équilibre? <sup>1,2,5</sup> Si oui, à quel point?	Non/ légèrement	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous constipé? <sup>1</sup>	Non/ légèrement	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à vider votre vessie? <sup>1</sup>	Non/ légèrement	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Constipation or urinary problems <sup>6</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre neuropathie/insensibilité/picotement interfère-t-il avec vos activités quotidiennes? (ex. : boutonner ses vêtements, écrire, tenir une tasse) <sup>1,12</sup>	Non <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <sup>G≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
→ La neuropathie interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes <sup>5-10,12</sup>	Non <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>			Oui <sup>G≥2</sup>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous : <input type="checkbox"/> difficulté à marche, <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> altération de la vue, <input type="checkbox"/> essoufflement, <input type="checkbox"/> problèmes à avaler ou parler, <input type="checkbox"/> altération de la sudation? <sup>5-10</sup>	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 : 8 lignes directrices)<sup>1,3,5-10</sup>

<b>1</b> Léger (vert)	<b>2</b> Modéré (jaune)	<b>3</b> Sévère (rouge)
<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"/> Demandez d'aviser 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. <input type="checkbox"/> Si sur immunothérapie, avisez le clinicien.

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 : 11 lignes directrices)<sup>1-10,13</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la neuropathie*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Doloxétine <sup>2-4,6,8,9,13</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Gabapentine (Neurontin <sup>®</sup> ) et combinaison d'opioïdes <sup>2,3</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Corticostéroïdes - prednisone/méthylprednisolone <sup>1,3,5-10</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Anticonvulsivants : gabapentine, prégabaline (Lyrica <sup>®</sup> ) <sup>1,3,4,6,8,9,13</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline (Elavil <sup>®</sup> ), nortriptyline (Pamelor <sup>®</sup> ), duloxétine (Cymbalta <sup>®</sup> ), venlafaxine (Effexor <sup>®</sup> ), bupropion (Wellbutrin <sup>®</sup> , Zyban <sup>®</sup> ) <sup>1,3,4,13</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Opioïdes : fentanyl, morphine (Statex <sup>®</sup> ), hydromorphone (Dilaudid <sup>®</sup> ), codéine, oxycodone (OxyContin <sup>®</sup> ), tapentadol (Nucynta <sup>®</sup> ), méthadone (Dolophine <sup>®</sup> ) <sup>1,3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Agents topiques : timbre de lidocaïne 5 % <sup>1,3</sup>		Avis d'expert

N.B. Les opioïdes se combinent souvent aux anticonvulsivants ou aux antidépresseurs, mais ils accroissent les événements indésirables au SNC. Personnes âgées : évitez les antidépresseurs tricycliques.<sup>4</sup> La carnitine/L-carnitine et le facteur inhibiteur de la leucémie ne sont pas des pratiques recommandées.<sup>2,13</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 3 lignes directrices)<sup>1-3</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de votre neuropathie? <sup>1,3</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Qu'est-ce qui vous aide</b> à gérer votre neuropathie? <sup>1</sup> Renforcez si pertinent. Précisez :
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifiez-vous chaque jour la <b>présence de plaies, sur vos mains et vos pieds</b> ? <sup>1</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si <b>neuropathie dans les pieds</b> : Vos <b>chaussures sont-elles confortables</b> ? <sup>1,2</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Neuropathie dans les mains</b> : Portez-vous des gants lorsque vous cuisinez, utiliser le four ou faites la vaisselle? <sup>1,2</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	À la maison : Les couloirs sont-ils dégagés? <sup>1</sup> Avez-vous une <b>douche antidérapante</b> ou utilisez-vous un tapis antidérapant dans la baignoire? <sup>1,2</sup> Avez-vous <b>enlevé les carpettes</b> dans lesquelles vous pourriez vous accrocher les pieds? <sup>1,2</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous <b>marchez sur un sol inégal, regardez-vous par terre</b> pour compenser le manque de sensation dans vos jambes et vos pieds? <sup>1</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour toute neuropathie : <b>Pour éviter les brûlures</b> en raison d'une sensibilité diminuée : Avez-vous <b>abaissé la température</b> de votre chauffe-eau? <sup>1,2</sup> Utilisez-vous un thermomètre pour vérifier si la température de l'eau du bain ou de la douche est < 120 °F/49 °C? <sup>1,2</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Évitez-vous d'exposer vos doigts et orteils</b> à des températures <b>très froides</b> ? <sup>1</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour éviter les vertiges, essayez-vous de balancer vos jambes avant de vous mettre debout? <sup>1</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de manger <b>beaucoup de fibres</b> et de boire pour <b>éviter la constipation</b> ? <sup>1,3</sup>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes urinaires : essayez-vous de vider votre vessie aux mêmes heures tous les jours, de rééducation votre vessie (exercices) et de boire suffisamment? <sup>1</sup>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé <b>l'acupuncture</b> , les massages, le yoga, la relaxation ou l'imagerie mentale dirigée ou visualisation? <sup>1,3</sup>
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous consulté un <b>physiothérapeute</b> à propos : d'utiliser une canne, une marchette ou une attelle pour améliorer votre équilibre et votre démarche; d'un programme d'entraînement physique ou de TENS (neurostimulation transcutanée)? <sup>1-3</sup>
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous consulté un <b>ergothérapeute</b> 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? <sup>1</sup>
16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous parlé de la neuropathie périphérique avec un clinicien ou un pharmacien? <sup>1,3</sup>
17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? <sup>1</sup> Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources.

### 5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez 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	
<b>Nom</b>	<b>Signature</b>	<b>Date</b>

Références: 1) BCCA 2014; 2) ONS 2019; 3) NCCN 2019; 4) CCO 2018; 5) BCCA 2017; 6) Brahmer 2018; 7) CCO 2018; 8) Haanen 2017; 9) NCCN 2018; 10) Puzanov 2017; 11) Watanabe 2011; 12) NIH-NCI CTCAE 2017; 13) Hershman 2014. (Références complètes : pages 40-48).

# Les éruptions cutanées : guide de pratique d'évaluation

Éruption/modification cutanée : Changement au niveau de la couleur, de la texture ou de l'intégrité de la peau.<sup>1-11</sup>  
Ce guide de pratique s'applique à toute éruption cutanée sauf les modifications cutanées résultant d'une réaction aux radiations. Si l'éruption est située dans la zone de radiothérapie, utilisez le guide pour la radiodermite.

## 1. Évaluation de la gravité de l'éruption cutanée (Données probantes : 15 lignes directrices)<sup>1-15</sup>

Parlez-moi de votre éruption cutanée (endroit, apparition, allure):<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre éruption cutanée? (0=" Pas d'éruption"; 10=" Pire éruption possible") <sup>1,16</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Votre éruption cutanée vous inquiète-t-elle? <sup>1,15</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
L'éruption se limite-t-elle à une petite partie de votre corps (localisée) ou couvre-t-elle d'autres parties (généralisée)? <sup>1,3,6,7,12,17</sup>	<10% SC <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	10-30% SC <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	>30 % SC <sup>≥3</sup>	<input type="checkbox"/>
<b>→</b> L'éruption cutanée est-elle localisée ou généralisée? <sup>2,4,5,8,9,11,13,14</sup>			<10% SC <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	>10 % SC <sup>G≥2</sup>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des ampoules ou plaies ouvertes? <sup>1-8,11,12</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
L'éruption est-elle humide ou suintante? <sup>1,12</sup>	Non/sèche	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous brûlure ou douleur à l'endroit de l'éruption? <sup>1-3,6,7,11,13,15</sup>	Non/léger 0-3	<input type="checkbox"/>	Modéré 4-6	<input type="checkbox"/>	Grave 7-10	<input type="checkbox"/>
Est-ce que l'éruption démange? <sup>1-8,10-14</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
La zone touchée est-elle enflée ou tendue? <sup>1,2,4,5,11-13</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous déjà eu une éruption comme celle-ci? <sup>3,9</sup>	Non/contrôlé e par traitement	<input type="checkbox"/>			Oui, pas réagi au traitement	<input type="checkbox"/>
Votre éruption interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes? <sup>1-13,15</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<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 : 14 lignes directrices)<sup>1-14</sup>

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  
 Demandez d'aviser 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 sur immunothérapie, avisez le clinicien.

**Légende :** → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; SC=surface corporelle; NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 éruptions cutanées (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 16 lignes directrices)<sup>1-15,18</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour l'éruption cutanée*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Corticostéroïdes topiques (hydrocortisone, bétaméthasone, propionate de clobétasol) <sup>1-15</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antihistaminiques ou antiprurigineux (diphénhydramine hydroxyzine, cétirizine, loratidine) <sup>2-11,13-15,18</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Corticostéroïdes oraux (prednisone, méthylprednisolone) <sup>2-9,11-15,18</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antibiotiques pour l'infection, <sup>1,3,4,7,10,12,15</sup> ou prophylaxie <sup>3,6,14,18</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Prophylaxie : crème avec vitamine K <sup>3,6,15</sup>		Avis d'expert

\* Utiliser avec parcimonie la crème à faible teneur en corticostéroïde.<sup>2,3,10</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 12 lignes directrices)<sup>1,3-11,14,15</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Quel est votre objectif</b> pour gérer votre éruption cutanée? <sup>1</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Qu'est-ce qui vous aide?</b> <sup>1</sup> Renforcer si approprié..
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Évitez-vous la lumière du soleil</b> et protégez-vous votre peau (écran solaire, vêtements)? <sup>1,3-11,14,15</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Évitez-vous les irritants cutanés</b> (crèmes à base d'alcool ou de parfum, vêtements lavés au détergent parfumé)? <sup>1,3,5-7,9,11,15</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez-vous une <b>crème hydratante</b> (à base d'urée) tous les jours? <sup>1,3-8,10,14</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez-vous un bain d'avoine pour calmer les démangeaisons? <sup>4,15</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous votre <b>douche tiède</b> et au <b>savon doux sans parfum</b> ? Éviter l'eau chaude et les longs bains. <sup>1,3,6,7,10,14</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour les démangeaisons, utilisez-vous une <b>compresse froide</b> ? <sup>4,7,15</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> 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 le patient (cochez 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) BCCA 2016; 2) NCCN 2018; 3) Pinto 2016; 4) CCO 2018; 5) Haanen 2017; 6) Gravalos 2019; 7) Chu 2017; 8) Hryniewicki 2018; 9) Brahmer 2018; 10) Califano 2015; 11) Belum 2016; 12) NICA 2015; 13) Puzanov 2017; 14) BCCA 2017; 15) Brown 2016; 16) Watanabe 2011; 17) NIH-NCI CTCAE 2017; 18) ONS 2017 (Références complètes : pages 40-48).

# La radiodermite: guide de pratique d'évaluation

Réactions cutanées : Changement au niveau de la couleur, de la texture ou de l'intégrité de la peau.<sup>1,2</sup>

## 1. Évaluation de la gravité de la radiodermite (Données probantes : 4 lignes directrices)<sup>1-4</sup>

Localisation des réactions cutanées : <sup>3</sup> \_\_\_\_\_ Ampleur des réactions cutanées <sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre réaction cutanée? (0="Aucune réaction cutanée"; 10="Pire réaction cutanée possible" <sup>2,3,5</sup> )	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Vos réactions cutanées vous inquiètent-elles? <sup>2</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Votre peau est-elle rouge? <sup>2-4</sup>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Pâle/terne	<input type="checkbox"/>	Sensible/luisante, nécrosée	<input type="checkbox"/>
Votre peau pèle-t-elle (flocons)? <sup>2-4,6</sup>	Non/sèche <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Par plaques, humides <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Généralisé, humide <sup>G3</sup>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il de l'enflure autour de la région cutanée en réaction? <sup>2-4</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, œdèmes	<input type="checkbox"/>
La région cutanée en réaction fait-elle mal? <sup>2-4</sup>	Non/léger 0-3	<input type="checkbox"/>	Modéré 4-6	<input type="checkbox"/>	Grave 7-10	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une démangeaison à l'endroit de la réaction? <sup>1-4,6</sup>	Non/Léger <sup>G1</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, fort <sup>G2</sup>	<input type="checkbox"/>	Oui, constamment <sup>G3</sup>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des plaies ouvertes ou suintantes? <sup>2-4</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
La zone de réaction a-t-elle une odeur particulière? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui, forte/mauvaise	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des saignements? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui, d'un trauma léger	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? >38° C? <sup>2-4</sup> <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous commencé une nouvelle médication? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Votre réaction cutanée interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes? <sup>2,3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>

	<b>Léger</b> (vert)		<b>Modéré</b> (jaune)		<b>Sévère</b> (rouge)
---	------------------------	--	--------------------------	---	--------------------------

## 2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (Données probantes : 2 lignes directrices)<sup>3,4</sup>

<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"/> Demandez d'aviser 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.
---	---	---

Légende : ➔ NCI-CTCAE G1=grade 1, G2=grade 2, ≥G3=grade 3 ou plus

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 **radiodermite** (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 3 lignes directrices)<sup>2,4</sup>

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 <sup>2</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Prurit : Crème à faible dose de corticostéroïdes <sup>2,4</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Infection : Crème de sulfadiazine d'argent (Flamazine) <sup>2,3</sup>		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Plaies ouvertes : pansements hydrocolloïdes et hydrogels <sup>3,4</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Desquamation humide : pansements de silicone <sup>3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Infection : antibiotiques topiques <sup>2</sup>		Avis d'expert

\* Les données sont insuffisantes pour démontrer ou réfuter l'utilité d'autres agents topiques spécifiques (i.e., crème de sucralfate, acide ascorbique, crème de camomille, onguent à l'amande, scellant à peau adhésif en polymère). Crème à faible teneur en corticostéroïdes à utiliser avec parcimonie.<sup>2,4,7</sup> Éviter la sulfadiazine d'argent si allergique aux sulfamides, historique de maladie rénale ou hépatique grave ou pendant la grossesse.<sup>3</sup> Les pansements hydrocolloïdes et hydrogels ne sont pas recommandés pour les plaies infectées ou à exsudat abondant,<sup>3</sup> ni pour application juste avant un traitement.<sup>4</sup> Données émergentes en faveur des enzymes protéolytiques dans le traitement des réactions cutanées dues aux radiations.<sup>2</sup> Le Biafine® et l'aloès ne sont pas recommandés pour le traitement des réactions cutanées dues aux radiations.<sup>2</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 4 lignes directrices)<sup>1,4</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de gestion de vos réactions cutanées? <sup>3</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous avez une réaction cutanée, <b>qu'est-ce qui vous aide?</b> <sup>3</sup> Renforcez si pertinent.
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de prendre des <b>douches tièdes</b> ou de vous immerger dans un bain tiède avec du savon doux sans parfum, puis de vous assécher en tapotant (sans frotter)? <sup>1,4,7</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous d'utiliser des <b>crèmes</b> à base aqueuse, nature, <b>sans parfum</b> , sans lanoline, uniquement sur la peau intacte? <sup>3,4</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portez-vous des <b>vêtements amples</b> ? <sup>2,3</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous <b>d'éviter d'utiliser</b> des produits parfumés ou à <b>base de gelée de pétrole</b> ou d'alcool? <sup>3,4</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous d'utiliser du <b>déodorant non métallique</b> ? <sup>1-3</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous d'utiliser un <b>rasoir électrique</b> ou de ne pas raser la région irritée? Cessez de vous raser si la région devient irritée. <sup>2,4</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Évitez-vous</b> la cire et autres <b>crèmes épilatoires</b> ? <sup>3</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous <b>d'éviter les crèmes</b> ou les gels dans la <b>zone de traitement avant chaque traitement</b> ? <sup>2,4</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Évitez-vous</b> de garder un <b>maillot de bain mouillé</b> sur la région traitée? <sup>2,3</sup>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous d'éviter les températures extrêmes (blocs réfrigérants ou « ice pack », coussin chauffant)? Essayez-vous de protéger la zone de traitement contre le soleil et le froid? <sup>2,4</sup>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la zone de réaction démange, essayez-vous <b>d'utiliser des compresses salines</b> ordinaires chaudes ou à température ambiante jusqu'à <b>4 fois par jour</b> ? <sup>3</sup>
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Évitez-vous les traumatismes</b> à la région traitée en évitant tout pansement adhésif, en évitant de frotter ou de gratter la peau et en portant des vêtements amples? <sup>2,4</sup>
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> 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 le patient (cochez 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"/>	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.	
<b>Nom</b>	<b>Signature</b>	<b>Date</b>

Références : 1) Chan 2014; 2) ONS 2017; 3) BCCA 2017; 4) Pinto 2016; 5) NICaN 2015; 6) Watanabe 2011; 7) NIH-NCI CTCAE 2017 (Références complètes : pages 40-48).

# Les troubles du sommeil : guide de pratique d'évaluation

Troubles du sommeil : Altération réelle ou perçue du sommeil nocturne entraînant un dysfonctionnement diurne.<sup>1-3</sup>

## 1. Évaluation de la gravité des troubles du sommeil (Données probantes : 3 lignes directrices)<sup>1-3</sup>

Si c'est le cas, dites-moi à quel point, sur une échelle de 0 à 10, les changements de votre sommeil interfèrent-ils avec vos activités quotidiennes à la maison et au travail 0="Aucunement" et 10="Pire interférence possible avec le quotidien" <sup>1-3</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous préoccupé par les changements de votre sommeil? <sup>1-3</sup>	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous de la difficulté à vous endormir? <sup>1-3</sup>	<3 nuits/semaine	<input type="checkbox"/>	3+ nuits/semaine	<input type="checkbox"/>	≥30 min chaque nuit	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à demeurer endormi? <sup>1-3</sup>	<3 nuits/semaine	<input type="checkbox"/>	3+ nuits/semaine	<input type="checkbox"/>	≥30 min chaque nuit pour se rendormir	<input type="checkbox"/>
Vous réveillez-vous trop tôt le matin? <sup>1-3</sup>	<3 nuits/semaine	<input type="checkbox"/>	3+ nuits/semaine	<input type="checkbox"/>		
Depuis combien de temps éprouvez-vous ces changements au niveau de votre sommeil? <sup>1-3</sup> Décrivez le changement de rythme du sommeil. <sup>1-3</sup>	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? <sup>1-3</sup> Décrivez :	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Prenez-vous des médicaments qui affectent le sommeil (opiacés, stéroïdes, sédatifs, etc.) <sup>1,3</sup>	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)? <sup>1-3</sup>	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? <sup>1-3</sup> <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Douleur, <input type="checkbox"/> Nausée, <input type="checkbox"/> Anxiété, <input type="checkbox"/> Dépression, <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleurs	None	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<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 : 3 guideline)<sup>1-3</sup>

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  
 Demandez d'aviser 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 troubles du sommeil (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2 lignes directrices)<sup>1,3</sup>

Usage actuel	Exemples de médicaments pour les troubles du sommeil*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Benzodiazépines: lorazépam (Ativan <sup>®</sup> ), diazépam, (Valium <sup>®</sup> ), alprazolam (Xanax <sup>®</sup> ) <sup>1,3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Hypnotiques sans benzodiazépines : Zolpidem (Ambien <sup>®</sup> ) <sup>1,3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs tricycliques : Amitriptyline (Elavil <sup>®</sup> ) <sup>3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Neuroleptiques : chlorpromazine (Thorazine <sup>®</sup> , Ormazine <sup>®</sup> ) <sup>3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Suppléments à base de plantes (mélatonine, kava, valériane) <sup>3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Agonistes des récepteurs de mélatonine : rameltéon (Rozerem <sup>®</sup> ) <sup>3</sup>		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antipsychotiques : quétiapine (Seroquel <sup>®</sup> ) <sup>3</sup>		Avis d'expert

\* Le recours aux médicaments pour les troubles du sommeil doit être de courte durée (7-10 jours) et tenir compte des effets secondaires possibles et des interactions possibles avec les autres médicaments; équilibrer bienfaits et nuisances.<sup>1,3</sup> Personnes âgées : éviter les antidépresseurs tricycliques.<sup>3</sup> Opter pour les antipsychotiques en dernier recours.<sup>3</sup>

### 4. Vérification de 3 stratégies d'autosoins ou plus (Données probantes : 3 lignes directrices)<sup>1-3</sup>

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1.			<b>Que visez-vous</b> en matière de sommeil (est-ce réaliste, p. ex. 6-10 heures/nuit) <sup>1,3</sup>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous avez des troubles de sommeil, <b>qu'est-ce qui vous aide?</b> <sup>1,3</sup> Renforcez si pertinent.
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tenez-vous <b>un journal de bord</b> pour votre sommeil? <sup>1-3</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de vous <b>coucher</b> et de vous <b>lever</b> aux mêmes heures tous les jours? <sup>1-3</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous <b>exposé à la lumière</b> peu après vous être éveillé? <sup>1,2</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous le temps de vous <b>éclaircir les idées</b> en début de soirée (résoudre les problèmes, noter un plan)? <sup>1,2</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prévoyez-vous une <b>zone tampon de 90 minutes</b> avant d'aller au lit (lecture, télé, mots croisés, relaxation, musique, yoga, respiration profonde, méditation, visualisation)? <sup>1-3</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous couchez-vous lorsque vous avez sommeil? <sup>1-3</sup> Si vous ne vous endormez pas après 20-30 minutes, quittez-vous le lit pour y revenir au moment où vous aurez sommeil? <sup>1-3</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Limitez-vous</b> l'usage de la chambre à coucher au sommeil et au sexe? <sup>1-3</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limitez-vous les siestes dans la journée? <sup>1-3</sup> Au besoin, se limiter à une sieste (20-30 minutes) et au moins quatre heures éveillé avant le coucher. <sup>2</sup>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre <b>environnement de sommeil</b> est-il <b>confortable</b> ? Proposer d'enlever le réveil-matin et d'éviter les écrans d'ordinateur. Si l'environnement est trop bruyant ou illuminé, utilisez des <b>bouchons d'oreilles</b> ou un <b>masque</b> . <sup>1-3</sup>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si pertinent, comprenez-vous <b>les effets qu'ont certains médicaments sur le sommeil</b> ? Sinon, expliquez ces effets. <sup>1,3</sup>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous avez <b>d'autres symptômes</b> , ceux-ci sont-ils sous contrôle? <sup>3</sup>
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faites-vous de <b>l'exercice</b> régulièrement? <sup>1-3</sup>
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Savez-vous quoi éviter?</b> Suggestions : limiter la caféine après midi, le tabac et l'alcool, les repas épicés ou lourds, trop boire. les activités intenses avant le coucher. <sup>1-3</sup>
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 troubles de sommeil? <sup>1-3</sup>
17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez <b>plus d'information</b> 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 le patient (cochez 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 2 à 3 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme

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

Références : 1) Howell 2012; 2) ONS 2017; 3. BCCA 2014; 4) Watanabe 2011 (Références complètes : pages 40-48).

## Références complètes

### Anxiété

1. Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, 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 Advisory Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology;2015.
2. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Anxiety*. 2017.
3. National Comprehensive Cancer Network. *Distress Management (Version 2.2018)*. 2018.
4. Butow P, Price MA, Shaw JM, et al. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology*. 2015;24(9):987-1001.
5. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
6. Hryniewicki AT, Wang C, Shatsky RA, Coyne CJ. Management of Immune Checkpoint Inhibitor Toxicities: A Review and Clinical Guideline for Emergency Physicians. *J Emerg Med*. 2018;55(4):489-502.
7. BC Cancer Agency. *Immune-mediated adverse reaction management guide: Endocrine*. 2017.
8. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.
9. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.
10. Haanen J, Carbone F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
11. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.
12. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0*. 2017.
13. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(8):CD006911.

### Perte d'appétit

1. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Anorexia*. 2017.
2. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Guide-to-Practice: Loss of Appetite*. Toronto, Ontario 2012.
3. BC Cancer Agency. *Symptom Management Guidelines: ANOREXIA and CACHEXIA*. 2014.
4. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36(1):11-48.
5. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.
6. Haanen J, Carbone F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
7. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018)*. 2018.
8. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
9. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.
10. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0*. 2017.

### Saignements

1. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Prevention of Bleeding*. 2019.
2. Cancer Care Nova Scotia. *Guidelines for the Management of Oncologic Emergencies in Adult Patients*. 2014.
3. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.

4. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.
5. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
6. Hryniewicki AT, Wang C, Shatsky RA, Coyne CJ. Management of Immune Checkpoint Inhibitor Toxicities: A Review and Clinical Guideline for Emergency Physicians. *J Emerg Med*. 2018;55(4):489-502.
7. Haanen J, Carbonnel F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
8. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018)*. 2018.
9. BC Cancer Agency. *Immune-mediated adverse reaction management guide: Enterocolitis*. 2017.
10. Estcourt L, Stanworth S, Doree C, 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 Symptom Interventions: Dyspnea*. 2017.
2. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Guide-to-Practice: Dyspnea*. Toronto, Ontario, Canada 2010.
3. BC Cancer Agency. *Dyspnea*. 2014.
4. BC Guidelines. *Chronic heart failure – Diagnosis and management*. Retrieved from [http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/chronicheartfailure\\_full.pdf2015](http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/chronicheartfailure_full.pdf2015).
5. SIGN. *Management of chronic heart failure*. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN147.pdf2016>.
6. American College of Cardiology Foundation & American Heart Association. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013;26(16):e147 – e239.
7. European Society of Cardiology. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-2200.
8. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.
9. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018)*. 2018.
10. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
11. Haanen J, Carbonnel F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
12. Hryniewicki AT, Wang C, Shatsky RA, Coyne CJ. Management of Immune Checkpoint Inhibitor Toxicities: A Review and Clinical Guideline for Emergency Physicians. *J Emerg Med*. 2018;55(4):489-502.
13. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.
14. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.
15. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0*. 2017.
16. National Heart Foundation. *Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia*. Retrieved from [https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/Chronic\\_Heart\\_Failure\\_Guidelines\\_2011.pdf2011](https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/Chronic_Heart_Failure_Guidelines_2011.pdf2011).
17. Canadian Cardiovascular Society. The 2012 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines update: focus on acute and chronic heart failure. *Can J Cardiol*. 2013;29(2):168-181.
18. American College of Cardiology, American Heart Association, Heart Failure Society of America. 2016 ACC/AHA/HFSA Focused Update on New Pharmacological Therapy for Heart Failure: An Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation*. 2016;134(13):e282-293.

## **Constipation**

1. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Constipation*. 2017.
2. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Guide-to-Practice: Bowel Care*. 2012.
3. BC Cancer Agency. *Symptom Management Guidelines: Constipation*. 2014.
4. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
5. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.
6. Hryniewicki AT, Wang C, Shatsky RA, Coyne CJ. Management of Immune Checkpoint Inhibitor Toxicities: A Review and Clinical Guideline for Emergency Physicians. *J Emerg Med*. 2018;55(4):489-502.
7. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018)*. 2018.
8. BC Cancer Agency. *Immune-mediated adverse reaction management guide: Endocrine*. 2017.
9. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.
10. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0*. 2017.

## **Dépression**

1. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Depression*. 2019.
2. National Comprehensive Cancer Network. *Distress Management (Version 2.2018)*. 2018.
3. Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, 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 Advisory Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology;2015.
4. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Algorithm: Depression in adults with cancer*. 2019.
5. Butow P, Price MA, Shaw JM, et al. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology*. 2015;24(9):987-1001.
6. Li M, Kennedy EB, Byrne N, et al. Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline. *J Oncol Pract*. 2016;12(8):747-756.
7. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
8. Hryniewicki AT, Wang C, Shatsky RA, Coyne CJ. Management of Immune Checkpoint Inhibitor Toxicities: A Review and Clinical Guideline for Emergency Physicians. *J Emerg Med*. 2018;55(4):489-502.
9. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.
10. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0*. 2017.

## **Diarrhée**

1. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Diarrhea*. 2017.
2. BC Cancer Agency. *Symptom Management Guidelines: Cancer-Related Diarrhea*. 2014.
3. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Guide-to-Practice: Bowel Care*. 2012.
4. Schmidt-Hieber M, Bierwirth J, Buchheidt D, et al. Diagnosis and management of gastrointestinal complications in adult cancer patients: 2017 updated evidence-based guidelines of the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO). *Ann Hematol*. 2018;97(1):31-49.
5. Peterson DE, Boers-Doets CB, Bensadoun RJ, Herrstedt J, Committee EG. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Ann Oncol*. 2015;26 Suppl 5:v139-151.
6. BC Cancer Agency. *Immune-mediated adverse reaction management guide: Enterocolitis*. 2017.
7. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.

8. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.
9. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018)*. 2018.
10. Haanen J, Carbone F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
11. Northern Ireland Cancer Network. *NICaN acute oncology clinical guidelines*. 2015.
12. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
13. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Immunotherapy-Induced Diarrhea*. 2017.
14. Califano R, Tariq N, Compton S, et al. Expert Consensus on the Management of Adverse Events from EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors in the UK. *Drugs*. 2015;75(12):1335-1348.
15. Hryniewicki AT, Wang C, Shatsky RA, Coyne CJ. Management of Immune Checkpoint Inhibitor Toxicities: A Review and Clinical Guideline for Emergency Physicians. *J Emerg Med*. 2018;55(4):489-502.
16. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.
17. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0*. 2017.
18. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014;120(10):1453-1461.

#### **Fatigue/Épuisement**

1. BC Cancer Agency. *Symptom Management Guidelines: CANCER – RELATED FATIGUE AND ANEMIA*. 2014.
2. Howell D, Keshavarz H, Broadfield L, 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; 2015.
3. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Fatigue*. 2017.
4. National Comprehensive Cancer Network. *Cancer-Related Fatigue (Version 2.2018)*. 2018.
5. Alberta Health Services. *Cancer-Related Fatigue*. 2017.
6. Bennett S, Pigott A, Beller EM, Haines T, Meredith P, Delaney C. Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD008144.
7. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.
8. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018)*. 2018.
9. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
10. Haanen J, Carbone F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
11. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.
12. Hryniewicki AT, Wang C, Shatsky RA, Coyne CJ. Management of Immune Checkpoint Inhibitor Toxicities: A Review and Clinical Guideline for Emergency Physicians. *J Emerg Med*. 2018;55(4):489-502.
13. BC Cancer Agency. *Immune-mediated adverse reaction management guide: Endocrine*. 2017.
14. BC Cancer Agency. *Immune-mediated adverse reaction management guide: Liver*. 2017.
15. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.

16. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0.* 2017.
17. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(8):CD006911.

### **Neutropénie fébrile**

1. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, 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;52(4):e56-93.
2. National Comprehensive Cancer Network. *Prevention and Treatment of Cancer-Related Infections - Version 1.* 2018.
3. Klastersky J, de Naurois J, Rolston K, et al. Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2016;27(suppl 5):v111-v118.
4. Tam CS, O'Reilly M, Andresen D, et al. Use of empiric antimicrobial therapy in neutropenic fever. Australian Consensus Guidelines 2011 Steering Committee. *Intern Med J.* 2011;41(1b):90-101.
5. Alberta Health Services. *Management of Febrile Neutropenia in Adult Cancer Patients.* 2014.
6. Cancer Care Manitoba (CCMB). *Neutropenia Protocol – Identification and Management of Neutropenic Fever Syndromes.* 2017.
7. Cancer Care Nova Scotia. *Guidelines for the Management of Oncologic Emergencies in Adult Patients.* 2014.
8. Krzyzanowska MK, Walker-Dilks C, Atzema C, et al. Approach to fever assessment in ambulatory cancer patients receiving chemotherapy: a clinical practice guideline. *Curr Oncol.* 2016;23(4):280-285.
9. Taplitz RA, Kennedy EB, Bow EJ, et al. Outpatient Management of Fever and Neutropenia in Adults Treated for Malignancy: American Society of Clinical Oncology and Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2018;36(14):1443-1453.
10. BC Cancer Agency. *Fever and Neutropenia.* 2014.
11. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Prevention of Infection.* 2017.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Neutropenic sepsis: prevention and management of neutropenic sepsis in cancer patients.* 2012.
13. Northern Ireland Cancer Network. *NICaN acute oncology clinical guidelines.* 2015.
14. Flowers CR, Seidenfeld J, Bow EJ, et al. 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.* 2013;31(6):794-810.
15. Neumann S, Krause SW, Maschmeyer G, 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;92(4):433-442.
16. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0.* 2017.

### **Sécheresse buccale/xérostomie**

1. BC Cancer Agency. *Xerostomia.* 2014.
2. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Guide-to-Practice: Oral Care.* 2012.
3. American Academy of Oral Medicine. AAOM Clinical Practice Statement: Subject: Clinical management of cancer therapy-induced salivary gland hypofunction and xerostomia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016;122(3):310-312.
4. Northern Ireland Cancer Network. *NICaN acute oncology clinical guidelines.* 2015.
5. Peterson DE, Boers-Doets CB, Bensadoun RJ, Herrstedt J, ESMO Guidelines Committee. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Ann Oncol.* 2015;26 Suppl 5:v139-151.
6. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(2):456-468.
7. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0.* 2017.
8. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018).* 2018.

9. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
10. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.

#### **Mucite buccale/Stomatites**

1. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Mucositis*. 2017.
2. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Guide-to-Practice: Oral Care*. 2012.
3. BC Cancer Agency. *Oral Mucositis*. 2014.
4. Peterson DE, Boers-Doets CB, Bensadoun RJ, Herrstedt J, ESMO Guidelines Committee. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Ann Oncol*. 2015;26 Suppl 5:v139-151.
5. Northern Ireland Cancer Network. *NICaN acute oncology clinical guidelines*. 2015.
6. Califano R, Tariq N, Compton S, et al. Expert Consensus on the Management of Adverse Events from EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors in the UK. *Drugs*. 2015;75(12):1335-1348.
7. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.
8. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0*. 2017.
9. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014;120(10):1453-1461.

#### **Nausée et vomissements**

1. BC Cancer Agency. *Symptom Management Guidelines: Nausea and Vomiting*. 2014.
2. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Algorithm: Nausea and Vomiting in Adults with Cancer*. 2019.
3. Northern Ireland Cancer Network. *NICaN acute oncology clinical guidelines*. 2015.
4. National Comprehensive Cancer Network. *Antiemesis Version 1.2019*. 2019.
5. Roila F, Molassiotis A, Herrstedt J, et al. MASCC/ESMO Antiemetic Guideline 2016 With Updates in 2019. *Ann Oncol*. 2019;27(suppl 5):v119-v133.
6. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.
7. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018)*. 2018.
8. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.
9. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
10. Haanen J, Carbonnel F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
11. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.
12. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0*. 2017.
13. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting—Adult*. 2017.
14. Hesketh PJ, Bohlke K, Kris MG. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update Summary. *J Oncol Pract*. 2017;13(12):825-830.
15. Smith LA, Azariah F, Lavender VT, Stoner NS, Bettiol S. Cannabinoids for nausea and vomiting in adults with cancer receiving chemotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(11):CD009464.
16. Health Canada. Health Canada advises Canadians to exercise caution when taking gabapentin or pregabalin with opioids. 2019; <https://healthykanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2019/71003a-eng.php>.

## **Douleur**

1. BC Cancer Agency. *Symptom Management Guidelines: Pain*. 2014.
2. National Comprehensive Cancer Network. *Adult Cancer Pain*. 2019.
3. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Acute Pain*. 2019. See also: Sundaramurthi et al. 2017. Cancer-Related Acute Pain: A Systematic Review of Evidence-Based Interventions for Putting Evidence Into Practice. *Clin J Oncol Nurs*. 2017 Jun 1;21(3 Suppl):13-30. doi: 10.1188/17.CJON.S3.13-30.
4. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Refractory/Intractable Pain*. 2019. See also Brant et al. 2017. Chronic and Refractory Pain: A Systematic Review of Pharmacologic Management in Oncology. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(3 Suppl):31-53. Accessed 3 Suppl, 21.
5. Daeninck P, Gagnon B, Gallagher R, et al. Canadian recommendations for the management of breakthrough cancer pain. *Curr Oncol*. 2016;23(2):96-108.
6. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Algorithm: Pain in Adults with Cancer 2018*.
7. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Breakthrough Pain*. 2019. See also: Brant et al. 2017. Breakthrough Cancer Pain: A Systematic Review of Pharmacologic Management. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(3 Suppl):71-80.
8. Yamaguchi T, Shima Y, Morita T, Hosoya M, Matoba M, Japanese Society of Palliative M. Clinical guideline for pharmacological management of cancer pain: the Japanese Society of Palliative Medicine recommendations. *Jpn J Clin Oncol*. 2013;43(9):896-909.
9. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Chronic Pain*. 2019. See also: Eaton et al. 2017. Nonpharmacologic Pain Interventions: A Review of Evidence-Based Practices for Reducing Chronic Cancer Pain. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(3 Suppl):54-70.
10. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.
11. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018)*. 2018.
12. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
13. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.
14. Haanen J, Carbone F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
15. Hryniewicki AT, Wang C, Shatsky RA, Coyne CJ. Management of Immune Checkpoint Inhibitor Toxicities: A Review and Clinical Guideline for Emergency Physicians. *J Emerg Med*. 2018;55(4):489-502.
16. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.
17. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0*. 2017.
18. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(8):CD006911.

## **Neuropathie périphérique**

1. BC Cancer Agency. *Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy*. 2014.
2. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Peripheral neuropathy*. 2019.
3. National Comprehensive Cancer Network. *Adult Cancer Pain*. 2019.
4. Cancer Care Ontario. *Symptom Management Algorithm: Pain in Adults with Cancer 2018*.
5. BC Cancer Agency. *Immune-mediated adverse reaction management guide: Neurologic*. 2017.
6. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-1768.
7. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline*. 2018.

8. Haanen J, Carbonnel F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
9. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018).* 2018.
10. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer.* 2017;5(1):95.
11. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(2):456-468.
12. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0.* 2017.
13. Hershman DL, Lacchetti C, Dworkin RH, 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;32(18):1941-1967.

### Éruptions cutanées

1. BC Cancer Agency. *Acneiform Rash.* 2016.
2. National Comprehensive Cancer Network. *Management immunotherapy-related toxicities: Immune Checkpoint Inhibitor-Related Toxicities (Version 1.2018).* 2018.
3. Pinto C, Barone CA, Girolomoni G, et al. Management of Skin Reactions During Cetuximab Treatment in Association With Chemotherapy or Radiotherapy: Update of the Italian Expert Recommendations. *Am J Clin Oncol.* 2016;39(4):407-415.
4. Cancer Care Ontario. *Immune Checkpoint Inhibitor Toxicity Management: Clinical Practice Guideline.* 2018.
5. Haanen J, Carbonnel F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2017;28(suppl\_4):iv119-iv142.
6. Gravalos C, Sanmartin O, Gurrpide A, et al. Clinical management of cutaneous adverse events in patients on targeted anticancer therapies and immunotherapies: a national consensus statement by the Spanish Academy of Dermatology and Venereology and the Spanish Society of Medical Oncology. *Clin Transl Oncol.* 2019;21(5):556-571.
7. Chu CY, Chen KY, Wen-Cheng Chang J, Wei YF, Lee CH, Wang WM. Taiwanese Dermatological Association consensus for the prevention and management of epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor-related skin toxicities. *J Formos Med Assoc.* 2017;116(6):413-423.
8. Hryniewicki AT, Wang C, Shatsky RA, Coyne CJ. Management of Immune Checkpoint Inhibitor Toxicities: A Review and Clinical Guideline for Emergency Physicians. *J Emerg Med.* 2018;55(4):489-502.
9. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol.* 2018;36(17):1714-1768.
10. Califano R, Tariq N, Compton S, et al. Expert Consensus on the Management of Adverse Events from EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors in the UK. *Drugs.* 2015;75(12):1335-1348.
11. Belum VR, Benhuri B, Postow MA, et al. Characterisation and management of dermatologic adverse events to agents targeting the PD-1 receptor. *Eur J Cancer.* 2016;60:12-25.
12. Northern Ireland Cancer Network. *NICaN acute oncology clinical guidelines.* 2015.
13. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer.* 2017;5(1):95.
14. BC Cancer Agency. *Immune-mediated adverse reaction management guide: Skin.* 2017.
15. Brown J, Su Y, Nelleson D, Shankar P, Mayo C. Management of epidermal growth factor receptor inhibitor-associated rash: a systematic review. *J Community Support Oncol.* 2016;14(1):21-28.
16. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(2):456-468.
17. National Institutes of Health: National Cancer Institute. *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0.* 2017.
18. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Skin Reactions.* 2017.

**Radiodermite**

1. Chan RJ, Webster J, Chung B, Marquart L, Ahmed M, Garantziotis S. Prevention and treatment of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cancer*. 2014;14:53.
2. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Radiodermatitis*. 2017
3. BC Cancer Agency. *Symptom Management Guidelines: Radiation Dermatitis*. 2017.
4. Northern Ireland Cancer Network. *NICaN acute oncology clinical guidelines*. 2015.
5. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-468.
6. National Institutes of Health, National Cancer Institute. *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0*. 2017.
7. Pinto C, Barone CA, Girolomoni G, et al. Management of Skin Reactions During Cetuximab Treatment in Association With Chemotherapy or Radiotherapy: Update of the Italian Expert Recommendations. *Am J Clin Oncol*. 2016;39(4):407-415.

**Troubles du sommeil**

1. Howell D, Oliver TK, Keller-Olaman S, 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; 2012.
2. Oncology Nursing Society. *ONS Symptom Interventions: Sleep-wake disturbances*. 2019.
3. BC Cancer Agency. *Symptom Management Guidelines: Sleep-Wake Disturbances*. 2014.