



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)**

Octobre 2024

**Sommaire des changements apportés aux guides de pratique COSTaRS à la
mise à jour de 2024**

Guides pratiques des symptômes de cancer à distance © 2024 Stacey avec l'équipe de Version 5.1
COSTaRS. L'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et l'Université d'Ottawa,
Canada.

Sommaire des changements apportés aux guides de pratique COSTaRS à la mise à jour de 2024

Disponible en anglais seulement

- All 17 symptom practice guides were updated with the best available evidence from 175 guidelines and systematic reviews.
- A new practice guide was added for Swallowing difficulty.
- Section heading changes:
 - Section 3. Review medications: Added traditional medicines - “3. Vérification de toute la médication du patient pour [symptôme] (sous ordonnance, en vente libre, **remèdes traditionnels** et suppléments de plantes médicinales)”.
 - Section 4. Self-care strategies: Changed from “Vérification de 3 stratégies d’autosoins ou plus” to “**Discutez** des stratégies d’autosoins”.
 - Section 5. Documentation: Changed from: “Résumé et documentation du plan d’action convenu avec le patient” to “**Documentation** du plan d’action convenu avec le patient”.
- For the Medication section, the following definitions were added to the first section of the COSTaRS guides:

Les données probantes concernant les médicaments sont rapportées en fonction des catégories suivantes :

Efficace	Médicaments dont l’efficacité a été clairement démontrée par le biais d’études rigoureuses, de méta-analyses ou de revues systématiques et pour lesquels le risque d’effets nocifs s’avère faible comparativement aux avantages.
Probablement efficace	Médicaments dont l’efficacité a été démontrée par le biais d’une étude rigoureuse (essai contrôlé) ou de plusieurs études rigoureuses portant sur des échantillons de petite taille.
Avis d’expert	Médicaments à faible risque, conformes à une bonne pratique clinique, recommandés par un groupe d’experts et pour lesquels il existe peu de données probantes.
Équilibrer avantages et inconvénients	Médicaments pour lesquels les médecins ou les infirmières praticiennes et les patients doivent évaluer les avantages et les inconvénients en fonction des circonstances et des priorités propres à chaque patient.

- The self-care strategies sections were re-formatted by moving discussion items to the top (e.g., “What helps when you feel [symptom]?”) leaving the specific strategies the patient can try in the table.
- A family caregiver participated on our Steering Committee, reviewed each practice guide, and provided valuable feedback to further help write them in plain language. A global change was to change the term “clinician” to “doctor or nurse practitioner”.

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"/> Difficulté à avaler |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Fièvre accompagnée de neutropénie | <input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <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.¹⁻⁵

1. Évaluation du degré d'anxiété^{1-4,6-13}

Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous l'anxiété que vous éprouvez? (0= "Aucune anxiété"; 10= "La pire anxiété possible") ^{2,4,6,7,14}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 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? ^{1-4,6,7}	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? ^{2-4,6,7,15}	Pas du tout ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, parfois ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
L'anxiété nuit-elle à votre sommeil? ^{2-4,6}	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? ^{2-4,6,7} <input type="checkbox"/> Historique d'anxiété ou de dépression, <input type="checkbox"/> Soutien social insuffisant, <input type="checkbox"/> Maladie récurrente ou avancée, <input type="checkbox"/> Jeune, <input type="checkbox"/> Utilisation/sevrage de substances, <input type="checkbox"/> Traumatisme/abus antérieur, <input type="checkbox"/> Trouble cognitif, <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer, <input type="checkbox"/> Soucis financiers, <input type="checkbox"/> Femme, <input type="checkbox"/> Enfants à charge, <input type="checkbox"/> Sur stéroïdes, <input type="checkbox"/> Autres troubles de santé non liés au cancer	Non	<input type="checkbox"/>	Quelques-uns	<input type="checkbox"/>	Plusieurs	<input type="checkbox"/>
Vivez-vous des choses qui vous rendent plus anxieux? ^{2,6} <input type="checkbox"/> Événements, <input type="checkbox"/> En attente de résultats d'examen, <input type="checkbox"/> Nouvelle information sur le cancer ou le traitement, <input type="checkbox"/> Traitement complété récemment, <input type="checkbox"/> Préoccupations spirituelles/religieuses?	Non	<input type="checkbox"/>	Quelques-uns	<input type="checkbox"/>		
Ressentez-vous ^{2,3,6} : <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): ⁸⁻¹³ <input type="checkbox"/> perte de poids, <input type="checkbox"/> palpitations cardiaques, <input type="checkbox"/> tremblements, <input type="checkbox"/> chaleurs, <input type="checkbox"/> fatigue/faiblesse, <input type="checkbox"/> diarrhée, <input type="checkbox"/> œdème à la base du cou	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? ^{2,6}	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 ^{2,3,6,7}	<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 risque de se blesser ou de blesser autrui, recommander immédiatement une évaluation plus approfondie. <input type="checkbox"/> Sinon, aiguillez vers des soins médicaux non urgents et avisez si le patient suit une immunothérapie. <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
--	---	--	--

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-4,7}

Usage actuel	Exemples de médicaments pour l'anxiété*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Benzodiazépines : lorazépam (Ativan®), diazépam (Valium®), alprazolam (Xanax®) ^{1-4,7}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	ISRS/IRSN : fluoxétine (Prozac®), paroxétine (Paxil®), citalopram (Celexa®), venlafaxine (Effexor XR®), sertraline (Zoloft®), escitalopram (Lexapro®), duloxétine (Cymbalta®) ^{2-4,7}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Antipsychotiques pour l'anxiété résistante au traitement – olanzapine (Zyprexa®), rispéridone (Risperdal®), quétiapine (Seroquel®) ^{2-4,7}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Anticonvulsifs pour l'anxiété résistante au traitement – gabapentine (Neurontin®), prégabaline (Lyrica®) ^{3,4}		Avis d'expert

* L'usage des médicaments devrait se fonder sur la gravité de l'anxiété et le risque d'interaction avec les autres médicaments.^{2,4} La prise de benzodiazépines doit être de courte durée. Attention : peut entraîner confusion, ataxie et chutes chez les personnes âgées.^{2,4,7} Aucune indication relative à l'utilisation des cannabinoïdes en raison de l'absence d'étude et des effets négatifs possibles sur l'humeur.¹⁶

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-7,17-27}

- Lorsque vous êtes anxieux, **qu'est-ce qui vous aide?** Renforcez si pertinent. Précisez :
- Quel est votre **objectif?**
- Avez-vous fait part de vos préoccupations et de vos inquiétudes à votre médecin ou à votre infirmière praticienne?^{2,4,6}
- Le fait d'obtenir **plus d'information sur vos symptômes, votre cancer ou votre traitement** permettrait-il de calmer vos inquiétudes? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources.^{1-4,6}

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activité physique , y compris le yoga. ^{1,2,17}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participation à des groupes de soutien et/ou compter sur le soutien de la famille ou des amis . ^{1-4,6,7}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activités telles que la thérapie de relaxation, la méditation/les techniques de respiration, l'écoute de musique, la relaxation musculaire progressive, l'imagerie guidée, la massothérapie avec ou sans aromathérapie, l'acupuncture/l'acupression, ou d'autres thérapies créatives (par exemple, l'art). ^{1-4,6,7,18-22,27}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thérapie cognitivo-comportementale , la réduction du stress basée sur la pleine conscience ou counseling personnel ou de couple prodiguant des conseils plus approfondis sur la prise en charge de l'anxiété et la résolution de problèmes. ^{1-5,7,23-25,27}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conseils d'ordre spirituel, méditation axée sur le sens, prière, culte ou autres activités spirituelles si vos préoccupations sont de nature spirituelle ou religieuse. ^{1,2,26}

5. Documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez tout ce qui s'applique)

- Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent).
- 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)?
- Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez :
- Référence à (service et date) :
- Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai :
- 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 2019; 2) NCCN 2023; 3) ESMO 2023; 4) NCI 2023... (Références complètes : pages 42-55)

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

La perte d'appétit : l'impression de manquer d'appétit et de ne pas avoir faim, qui peut être associée à la cachexie.¹⁻³ Outre une perte involontaire d'appétit, la cachexie peut se traduire par une perte de poids et de masse musculaire squelettique prolongée, entraînant une déficience fonctionnelle, une toxicité accrue du traitement, une baisse de la qualité de vie et une réduction de la survie.⁴⁻⁶

1. Évaluation de la gravité de la perte d'appétit^{2,3,7-16}

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous votre appétit? (0= « Très bon appétit »; 10= « Pire appétit possible ») ^{2,7,8,17}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Votre manque d'appétit vous inquiète-t-il? ^{2,7,8}	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)? ^{2,3,7-9,18}	Moins que d'habitude ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Beaucoup moins que d'habitude ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Pas du tout ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu du poids depuis 4 semaines sans effort de votre part? ^{2,3,7-9} Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0 à 2,9 %	<input type="checkbox"/>	3 à 9,9 %	<input type="checkbox"/>	≥10 %	<input type="checkbox"/>
Quelle quantité de liquides buvez-vous par jour? ^{2,7}	6 à 8 verres	<input type="checkbox"/>	1 à 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) ^{2,3,7}	Non ^{G0}	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup ^{G≥2}	<input type="checkbox"/>
Votre perte d'appétit peut-elle s'expliquer par : ^{2,3,7,8} <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 : ^{2,3,7-9} <input type="checkbox"/> Douleur ou sécheresse au niveau de la bouche, <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"/>
→ Présentez-vous (signes de toxicité endocrinienne): ¹⁰⁻¹⁶ <input type="checkbox"/> fatigue/faiblesse, <input type="checkbox"/> maux de tête, <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> vomissements, <input type="checkbox"/> altération de la vision, <input type="checkbox"/> prise ou perte de poids, <input type="checkbox"/> constipation, <input type="checkbox"/> étourdissements, <input type="checkbox"/> changements d'humeur ou de comportement, <input type="checkbox"/> baisse de la libido, <input type="checkbox"/> confusion, <input type="checkbox"/> peau sèche, <input type="checkbox"/> perte de cheveux, <input type="checkbox"/> froid, <input type="checkbox"/> visage bouffi	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Présentez-vous (signes d'effets indésirables de la fonction rénale) : ^{11-14,16} <input type="checkbox"/> diminution du débit urinaire, <input type="checkbox"/> sang dans l'urine, <input type="checkbox"/> œdème au niveau des mains ou des jambes, du visage, de l'abdomen, <input type="checkbox"/> prise de poids soudaine, <input type="checkbox"/> douleurs abdominales ou pelviennes, <input type="checkbox"/> nausées, <input type="checkbox"/> vomissements, <input type="checkbox"/> tension artérielle élevée, <input type="checkbox"/> somnolence	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Présentez-vous (signes d'effets indésirables de la fonction hépatique) : ^{10,11,13-16} <input type="checkbox"/> jaunissement de la peau/des yeux, <input type="checkbox"/> urine foncée, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> nausées, <input type="checkbox"/> douleur abdominale, côté droit, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> augmentation des saignements et des ecchymoses	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? ^{2,3,7-9}	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^{2,7,8}

<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, aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.
---	--	--

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-9,13,14,19,20}

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la perte d'appétit *	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie pour la perte d'appétit)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Corticostéroïdes : ^{1-4,7-9} dexaméthasone (Decadron®), prednisone		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Mégésterol (Megace®) ^{1-3,7,8}		Équilibrer avantages et inconvénients
<input type="checkbox"/>	Acides gras oméga 3 (AEP, huile de poisson) ^{2,5,9,20}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Prokinétiques (métoclopramide, dompéridone) pour la satiété précoce et la nausée ^{2,7-9}		Avis d'expert

* Le Mégésterol est susceptible de provoquer des effets secondaires graves, tels des caillots sanguins.⁸ Les bienfaits des corticostéroïdes sont de courte durée. Leur usage prolongé est associé à d'importants effets toxiques.^{3,8,13,14} Les agents pro-cinétiques peuvent avoir des effets secondaires graves : le métoclopramide sur le système nerveux central et la dompéridone sur le rythme cardiaque.⁷⁻⁹ Le cannabis et les cannabinoïdes ne sont pas recommandés.^{1,2,6,8,9,19}

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-5,7-9}

- Lorsque vous n'avez pas faim, **qu'est-ce qui vous aide**?^{2,7} Renforcez si pertinent.
- Quel est votre **objectif**?^{2,3,7}
- Avez-vous des **croyances** à propos de certains aliments (culture, aliments cancérigènes) ou d'un **régime préexistant** (par exemple, le diabète) qui pourrait influencer vos habitudes alimentaires?^{2,7}
- Avez-vous consulté or parlé à une diététiste?^{1-5,7-9} Si votre sens du goût a changé, elle pourrait vous aider à gérer vos symptômes.
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?^{1,2} Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommer des petits repas fréquents ou des collations. ^{2,3,7,8} S'asseoir droit pendant 30 à 60 minutes favorise la digestion.
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommer des aliments froids, moins odorants ou d'éviter la cuisine pendant la préparation des repas, si l'odeur de la nourriture vous dérange. ^{2,3}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manger davantage lorsque vous avez plus faim . ^{2,3}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommer des aliments plus élevés en protéines et en calories . ^{2,3,7-9}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acheter des plats préparés ou demandez de l'aide à vos amis ou à votre famille si vous n'êtes pas en mesure de faire les courses et de préparer les repas (accès, ressources financières). ^{2,7}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommer des boissons énergiques ou protéinées (Ensure, Glucerna, Boost). ^{1-3,7-9}
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rester aussi actif que possible (marche de 15 à 20 minutes 1 à 2 fois par jour; marche de 30 à 60 minutes 3 à 5 fois par semaine). ^{2,3,5,7-9}
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurer le suivi de votre consommation d'aliments, de liquides, et de votre poids dans un journal . ^{2,3,8,9}
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augmenter lentement votre consommation sur plusieurs jours, si votre consommation alimentaire a été très faible pendant une longue période (pour prévenir le syndrome de réalimentation). ^{2,9}

5. Documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez tout ce qui s'applique)

- Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent).
- 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)?
- Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez :
- Référence à (service et date) :
- Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai :
- 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 2024; 2) BCCA 2018, 3) NCI 2024... (références complètes : pages 42 à 55)

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. Les hémorragies aiguës chez les patients atteints d'un cancer peuvent être dues à la tumeur maligne sous-jacente, au traitement antinéoplasique ou à des facteurs qui ne sont pas liés à la tumeur maligne. Les présentations les plus courantes incluent la coagulation intravasculaire disséminée, l'hémoptysie, les saignements gastro-intestinaux manifestes et l'hématurie.^{1,2}

1. Évaluation de la gravité des saignements¹⁻¹¹

D'où saignez-vous?^{1,2,11}

Quelle quantité avez-vous perdue? ^{1,2}	Mineur (1 c. à thé)	<input type="checkbox"/>	Modéré (1 c. à table)	<input type="checkbox"/>	Énorme (ex., ¼ tasse)	<input type="checkbox"/>
Vos saignements vous inquiètent-ils?	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Avez-vous de nouvelles ecchymoses? ¹	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? ^{3,10}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre sang a-t-il eu de la difficulté à coaguler (>10 à 15 minutes)? ^{1,4,6}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Incertain					
Faites-vous de la fièvre? ³⁻¹¹ (> 38° C)?	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il du sang dans... <input type="checkbox"/> Vos selles? Sont-elles noires/goudronneuses? ^{1-9,11} <input type="checkbox"/> Votre urine? ^{1-3,9} <input type="checkbox"/> Vos vomissures (ou ressemblent-elles à du café moulu)? ^{1,2} <input type="checkbox"/> Vos mucosités ou vos crachats, lorsque vous toussiez? ^{1,2} <input type="checkbox"/> Votre nez et votre bouche? ³ <input type="checkbox"/> Autre	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Si vous avez encore vos règles, les saignements sont-ils plus abondants? ¹	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, parfois	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Présentez-vous (signes d'effets indésirables de nature hématologiques) : <input type="checkbox"/> faiblesse, <input type="checkbox"/> pâleur, <input type="checkbox"/> mictions moins fréquentes, <input type="checkbox"/> douleurs abdominales, <input type="checkbox"/> vomissements, <input type="checkbox"/> irritabilité, <input type="checkbox"/> confusion, <input type="checkbox"/> convulsions, <input type="checkbox"/> changements de la tension artérielle, <input type="checkbox"/> œdème du visage, des mains, des pieds ou sur l'ensemble du corps ³⁻⁶	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Quelle était votre dernière numération plaquettaire? ^{1-3,5} Date : <input type="checkbox"/> Incertain	≥ 100 000	<input type="checkbox"/>	20 000 à 99 000	<input type="checkbox"/>	< 20 000	<input type="checkbox"/>
→ Quels étaient les résultats de votre dernière fonction hépatique? ³⁻¹¹	ASAT/ALAT : Bilirubine totale :	≤ 3x LSN ≤ 1,5x LSN	>3 à 5x LSN 1,5 à 3x LSN	<input type="checkbox"/>	> 5x LSN > 3x LSN	<input type="checkbox"/>
→ Présentez-vous (signes d'effets indésirables de la fonction hépatique) : <input type="checkbox"/> jaunissement de la peau/des yeux, <input type="checkbox"/> urine foncée, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> nausées <input type="checkbox"/> douleur abdominale, côté droit, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> augmentation des saignements et des ecchymoses ^{4,9}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Présentez-vous (signes d'effets indésirables de la fonction rénale) : <input type="checkbox"/> diminution du débit urinaire, <input type="checkbox"/> sang dans l'urine, <input type="checkbox"/> œdème au niveau des mains ou des jambes, du visage, de l'abdomen, <input type="checkbox"/> prise de poids soudaine, <input type="checkbox"/> douleurs abdominales ou pelviennes, <input type="checkbox"/> nausées, <input type="checkbox"/> vomissements, <input type="checkbox"/> tension artérielle élevée, <input type="checkbox"/> somnolence ^{3,5,9}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments qui font augmenter les risques de saignement? (ex., ibuprofène, acide acétylsalicylique, warfarine, héparine, daltéparine, tinzaparine, enoxaparine, apixaban ou médicaments naturels). ^{1-3,5,8} S'il s'agit de warfarine, connaissez-vous votre dernière numération globulaire RIN? Date : <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, acide acétylsalicylique	<input type="checkbox"/>	Oui, autres anticoagulants	<input type="checkbox"/>
		Léger (vert)		Modéré (jaune)		Sévère (rouge)

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée¹⁻¹¹

<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 12 à 24 heures.</p>	<p><input type="checkbox"/> Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie</p>
--	--	---

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)¹⁻¹¹

Usage actuel	Exemples de médicaments qui intensifient les saignements	Notes (ex. : dose, suggérez de suivre la prescription)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Transfusion plaquettaire pour thrombocytopénie ¹⁻⁵		Efficace
<input type="checkbox"/>	Mesna oralement ou en i.v pour prévenir la cystite avec saignement ¹		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Acide tranexamique (Cyklokapron®) ^{1,2,5}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Pantoprazole i.v (Panto i.v®) pour hémorragie gastrique ²		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Octréotide i.v (Sandostatin®) pour hémorragie gastrique ²		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Corticostéroïdes/prednisone ³⁻¹¹		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Facteur de remplacement pour hémophilie acquise ³		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Eculizumab pour syndrome hémolytique et urémique ³		Avis d'expert

Légende : → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1,3,5,7,8}

- Avez-vous consulté ou parlé à un pharmacien un médecin ou une infirmière praticienne des **effets possibles de vos médicaments** sur les saignements?^{1,3,8}
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.^{1,5,7,8}

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appliquer une pression directe pendant 10 à 15 minutes en présence d'un saignement. ¹
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliser un bloc-glace pour contrôler le saignement au niveau d'une plaie. ¹
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minimiser les changements de pansements en cas de saignement et utiliser des solutions salines pour imbiber le pansement avant de le retirer. ¹
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliser des pansement spécial pour contrôler le saignement d'une plaie (ex. : gaze antiadhésive, pansement médicamenteux, tamponnement). ¹

5. 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"/>	Diriger vers (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) AHS 2022; 3) ASCO 2021; 4) CCO 2018... (Références complètes : pages 42-55)

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).¹⁻⁶

1. Évaluation de la gravité de la dyspnée¹⁻²¹

Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous votre difficulté à respirer? (0= « Aucun essoufflement »; 10= « Pire essoufflement possible »)? ^{2-4,7,22}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Votre essoufflement vous inquiète-t-il? ^{2-4,7}	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Lorsque vous parlez, faites-vous une pause toutes les 5 à 15 secondes? ^{2,7}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre respiration est-elle bruyante, sifflante ou embarrassée? ^{2,7}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une nouvelle toux ou une respiration sifflante? ^{2,8,9}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui (sèche)	<input type="checkbox"/>	Oui (humide)	<input type="checkbox"/>
→ Souffrez-vous de (signes de pneumonite) : ^{1,2,5,10-18} <input type="checkbox"/> toux, <input type="checkbox"/> sifflement, <input type="checkbox"/> douleur à la poitrine, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> lits d'ongles de couleur bleue	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous éveillé avec une soudaine difficulté à respirer? ^{2,4,7-9}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? ^{2,8,19} <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Quelle était votre dernière numération de globules rouges? ^{2,5,6,8,23} <input type="checkbox"/> Incertain	≥100 ^{G1}	<input type="checkbox"/>	80 à 99 ^{G2}	<input type="checkbox"/>	<80 ^{G3}	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la nouvelle peau pâle ou une nouvelle couleur bleutée dans à la base de vos ongles? ^{2,7-9}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la douleur à la poitrine? ^{2,8}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
♥ Disparaît-elle avec : <input type="checkbox"/> repos <input type="checkbox"/> médication? ¹⁹	Oui	<input type="checkbox"/>			Non	<input type="checkbox"/>
Quel est votre degré d'activité au moment où cette difficulté à respirer survient? ^{2,4,7,9,19,20,23}	Modéré ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Léger ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Au repos ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? ^{2,4,7,9,20} <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? ⁹ <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? ^{2,7-9,19,20}	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? ^{2,7-9,19-21}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Si rythme cardiaque est élevé, mieux au repos? ^{2,8,19,21}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Souffrez-vous de (signes d'effets indésirables à médiation immunitaire cardiovasculaire) : ^{10-13,17} <input type="checkbox"/> rythme cardiaque irrégulier (cœur qui bat fort, rapidement, qui saute des battements, qui présente des flutters), <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> douleur à la poitrine	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? ^{2,4,5,7}	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^{2,5,7,8,10,11,13-18}

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.

Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-20,24,25}

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 ^{1-7,9}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Assistance respiratoire non invasive (masque CPAP) ^{1,3-5}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Oxygène pour patients hypoxiques ^{2-7,9}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Bronchodilatateurs ^{2,3,6}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	♥ Diurétiques (Edecrin [®] , Lasix [®] , Lozide [®] , Zaroxolyn [®]) ^{2,5,8,9,19,20}		Efficace
<input type="checkbox"/>	♥ Nitrates (Nitrostat [®]) ^{8,9,19,20,25}		Équilibrer avantages et inconvénients
<input type="checkbox"/>	Benzodiazépines en présence d'anxiété - lorazépam (Ativan [®]), diazépam, (Valium [®]), alprazolam (Xanax [®]) ^{2,4-7,9,24}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Corticostéroïdes, infliximab, mycophénolate mofétil, ou cyclophosphamide pour pneumonite ^{1,3-5,10-18}		Avis d'expert

* L'oxygène palliatif n'est pas recommandé;^{1,4} Autres médicaments peuvent être prescrit pour la défaillance cardiaque.

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-9,12,13,19,20,24,25}

- Lorsque vous avez de la difficulté à respirer, **qu'est-ce qui vous aide?**^{2,3,7} Renforcez si pertinent. Précisez :
- Quel est votre **objectif?**^{2,3,7,8}
- Si vous aviez **plus d'information sur vos symptômes**, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?^{1,2,7,8} Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer d'utiliser un ventilateur ou un humidificateur, ou d'ouvrir une fenêtre , pour augmenter la circulation de l'air sur votre visage. ^{1-7,9}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer de baisser la température dans votre domicile. ²
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer de vous reposer en position assise afin de faciliter votre respiration. ^{2-4,7,9}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer différents exercices de respiration et de relaxation (ex. : respiration diaphragmatique, respiration lèvres pincées). ^{2-5,7}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer d'économiser votre énergie (équilibre entre activité et repos) ou utilisez-vous des appareils fonctionnels (fauteuil roulant, etc.) pour vous aider à faire les activités qui rendent votre respiration difficile. ^{2-4,6,7,9}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer 15 à 30 minutes d'activité physique (marche, etc.) deux fois par semaine lorsque votre respiration est stable. ^{1-4,8,9,19,24,25}
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous éprouvez de la difficulté à manger, prendre des suppléments nutritifs . ¹
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♥ Surveiller la prise de poids due à la rétention de liquide en vous pesant tous les jours à la même heure. ^{8,9,20}
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♥ Essayer de diminuer votre consommation de sel à 1/2 c. à thé (< 2000mg) par jour. ^{8,9,20}
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♥ Si vous buvez >1 à 2 verres d'alcool/jour , essayez réduire à 1/jour . ^{8,9,19,20}
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous fumez, essayez de cesser de fumer. ^{2,8,9,12,13,19,20,25}
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer une thérapie comme la thérapie cognitivo-comportementale relaxation, visualisation, méditation, thérapie musicale, acupression, acupuncture, ou du soutien psychologiques pour vous aider à gérer vos difficultés respiratoires. ^{1-5,7}

5. 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 12-24 heures si aucune amélioration, aggravation ou nouveau symptôme.
Nom	Signature
	Date

Références : 1) ONS 2019; 2) BCCA 2018; 3) ASCO 2021; 4) ESMO 2020... (Références complètes : pages 42-55)

La constipation : guide de pratique d'évaluation

Constipation : Diminution de la fréquence du passage des selles qui se caractérise par des selles dures.¹⁻⁶

1. Évaluation de la gravité de la constipation¹⁻¹³

Veillez indiquer le chiffre de 0 à 10 qui décrit le mieux votre constipation (0= « aucune constipation »; 10= « la pire constipation possible »). ^{2,3,6,14}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Votre constipation vous inquiète-t-elle? ^{2,3}	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Combien de jours de retard depuis votre dernière selle (comparer avec les habitudes normales)? ¹⁻⁵	≤ 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)? ¹⁻⁷					Sang dans les selles	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des hémorroïdes? ³	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Ressentez-vous des douleurs au ventre? ¹⁻⁶	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? ^{2-4,6}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous l'impression que votre ventre est gonflé? ^{2-4,6} <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avez-vous beaucoup de gaz? ^{2-4,6}	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)? ^{2-4,6}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous récemment subi une chirurgie abdominale? ^{2,3}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? ³ <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? ²⁻⁶	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous : <input type="checkbox"/> Perte d'appétit, ¹⁻³ <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissements ^{2,6}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes d'hypothyroïdie) : ^{1-3,5,7-13} <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"/> voix plus grave <input type="checkbox"/> peau sèche	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de neuropathie autonome) : ^{3-5,7,8} <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? ¹⁻⁶	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Votre constipation interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ^{2,3,15}	Non ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup ^{G≥3}	<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 élevée³	<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 si il n'y a aucune amélioration d'ici 12-24 heures.		<input type="checkbox"/> Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.	

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-6,16}

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la constipation*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Sennosides oral (Senokot®) ^{1-6,16}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Polyéthylène glycol (PEG; RestoaLAX®, Lax-a-day®) ^{1-6,16}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Bisacodyl (Dulcolax®) et/ou lactulose ^{1-6,16}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Suppositoires** (Dulcolax®/bisacodyl, glycérine) ou lavement ^{2-6,16}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Picosulfate de sodium - oxyde de magnésium - acide citrique ^{2,4,6,16}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Injection de méthylaltréxone si causée par des opioïdes ¹⁻⁶		Efficace
<input type="checkbox"/>	Naloxécol si causée par des opioïdes ^{1,5}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Sorbitol ^{2,3,6}		Avis d'expert

* Certains opioïdes entraînent moins de constipation (ex., fentanyl);^{3,6} Retrait du docusate sodique (Colace®) par manque de preuves de son efficacité; ** Vérifiez la formule sanguine avant d'utiliser des suppositoires. Le naloxécol et le méthylaltréxone sont contre-indiqués en cas d'occlusion intestinale.^{3,5}

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-6,16}

- Lorsque vous êtes constipé, **qu'est-ce qui vous aide**?²⁻⁴ Renforcez si pertinent.
- Quel est votre **objectif**?^{1,2}
- Quelles sont vos habitudes d'élimination?²⁻⁵ Renforcez si pertinent. Précisez :
- Avez-vous consulté ou parlé à un médecin, à une infirmière praticienne, à un pharmacien ou à un diététiste de votre constipation?¹⁻³
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?³ Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer d'aller aux toilettes 30 à 60 minutes après chaque repas . ^{3,4,6}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boire 6 à 8 verres de liquides , surtout tièdes ou chauds, par jour. Limitez votre consommation de caféine et d'alcool. ¹⁻⁶
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augmenter progressivement la quantité de fibres dans votre alimentation à 25 g/jour (Adéquat uniquement en présence d'une consommation adéquate de liquides [1 500 ml/jour] et d'activité physique.) ¹⁻⁴
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommer des fruits laxatifs . ^{3,4} (dattes et pruneaux dénoyautés, figues, nectar de pruneaux)
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer de demeurer actif autant que possible . (Ex. : 15 à 20 minutes de marche 1 à 2 fois par jour; 30 à 60 minutes 3 à 5 fois par semaine.) ^{1-6,16}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avoir accès facilement à une toilette ou à une chaise d'aisance. Si possible, évitez de recourir à une baignoire. ²⁻⁶
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous présentez un nombre de neutrophiles bas, éviter les examens rectaux, les suppositoires et les lavements . ^{2-4,6}
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Envisager d'essayer l' acupuncture . ¹⁶

5. 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 2020; 2) CCO 2022; 3) BCCA 2018; 4) NCI 2023; 5) AHS 2018... (Références complètes : pages 42-55)

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.¹⁻⁵

1. Évaluation de la gravité de la dépression^{1-4,6-12}

Recevez-vous actuellement des soins professionnels pour une dépression? 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" ^{2,6,7,13}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été déprimé ou avez-vous ressenti une perte de plaisir pendant 2 semaines ou plus? ^{1-4,6,7}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, à l'occasion	<input type="checkbox"/>	Oui, tout le temps	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déprimé la plupart du temps? ^{3,4,6}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, à l'occasion	<input type="checkbox"/>	Oui, chaque jour	<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 ^{1-4,7}	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? ^{1-4,6,7}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre dépression interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ^{1-4,6,14}	Non ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous fatigué, las ou épuisé? (ESAS-r) ^{1-4,7}	Non, 1 à 3	<input type="checkbox"/>	Oui, 4 à 6	<input type="checkbox"/>	Oui, 7 à 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? ¹⁻⁴	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? ^{1-4,6,7} <input type="checkbox"/> Soutien social insuffisant, <input type="checkbox"/> Antécédents de dépression, <input type="checkbox"/> Utilisation/sevrage de substances, <input type="checkbox"/> Maladie récurrente ou avancée <input type="checkbox"/> Jeune, <input type="checkbox"/> Difficultés financières, <input type="checkbox"/> Femme, <input type="checkbox"/> Enfants à charge, <input type="checkbox"/> Traumatisme/abus antérieur, <input type="checkbox"/> Trouble cognitif, <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer, <input type="checkbox"/> Autres troubles de santé non liés au cancer	Aucun	<input type="checkbox"/>	Quelques-uns	<input type="checkbox"/>	Plusieurs	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des soucis qui vous dépriment : ^{2,6} <input type="checkbox"/> événements récents, <input type="checkbox"/> En attente de résultats d'examen, <input type="checkbox"/> nouvelles données sur le cancer et son traitement, <input type="checkbox"/> Traitement complété récemment, <input type="checkbox"/> préoccupations spirituelles/ religieuses?	Non	<input type="checkbox"/>	Quelques-uns	<input type="checkbox"/>		
Ressentez-vous: ^{1,2,4,6,7} <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'hypothyroïdie) : ^{4,7-12} <input type="checkbox"/> Prise de poids, <input type="checkbox"/> Fatigue, <input type="checkbox"/> Constipation, <input type="checkbox"/> Froid, <input type="checkbox"/> Voix plus grave, <input type="checkbox"/> Perte de cheveux, <input type="checkbox"/> Peau sèche	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^{1-3,6,7}

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

Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.
 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 risque de se blesser ou de blesser autrui, recommander immédiatement une évaluation plus approfondie.
 Sinon, aiguillez vers des soins médicaux non urgents et avisez si le patient suit une immunothérapie.
 Passez en revue les autosoins.
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-4,7,15}

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la dépression*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	ISRS : fluoxétine (Prozac®), sertraline (Zoloft®), paroxétine (Paxil®), citalopram (Celexa®), fluvoxamine (Luvox®), escitalopram (Lexapro®) ^{1-4,7,15}		Efficace
<input type="checkbox"/>	IRSN : venlafaxine (Effexor XR®), duloxétine (Cymbalta®) ^{1,3,4}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline (Elavil®), imipramine (Tofranil®), désipramine (Norpramin®), nortriptyline (Pamelor®), doxépine (Sinequan®) ^{1,15}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Psychostimulants : méthylphénidate (Ritalin®) ^{1-4,7}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Autres antidépresseurs : bupropion (Wellbutrin®), trazodone (Mylan®), mirtazapine (Remeron®), miansérine (Tolvon®) ^{1,4,7,15}		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.¹⁻⁴ Aucune indication relative à l'utilisation des cannabinoïdes en raison de l'absence d'étude et des effets négatifs possibles sur l'humeur¹⁶

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-7,17-24}

- Lorsque vous êtes déprimé, **qu'est-ce qui vous aide**?⁷ Renforcez si pertinent.
- Quel est votre **objectif**?
- Avez-vous l'impression d'avoir assez **d'aide à la maison** et pour vous rendre à vos rendez-vous/traitements (transport, aide financière, médicaments)?^{6,25-27}
- Acceptez-vous d'être recommandé à un professionnel en santé mentale?^{1-4,6,7}
- Le fait d'obtenir **plus d'information sur vos symptômes, votre cancer ou votre traitement** permettrait-il de calmer vos inquiétudes? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources.^{1,2,6,7}

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activité physique , y compris le yoga. ^{1,2,6,7,17}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participation à des groupes de soutien et/ou compter sur le soutien de la famille ou des amis . ^{1-4,6,7}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activités telles que la thérapie de relaxation la méditation/les techniques de respiration, l'écoute de musique, la relaxation musculaire progressive, l'imagerie guidée, la massothérapie avec ou sans aromathérapie, l'acupuncture/l'acupression, ou d'autres thérapies créatives (par exemple, l'art). ^{1-4,6,7,24}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thérapie cognitivo-comportementale , réduction du stress basée sur la pleine conscience ou counseling personnel ou de couple prodiguant des conseils plus approfondis sur la prise en charge la dépression et la résolution de problèmes. ^{1-7,20-22,24}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conseils d'ordre spirituel, méditation axée sur le sens, prière, culte ou autres activités spirituelles si vos préoccupations sont de nature spirituelle ou religieuse. ^{2-4,23}

5. Documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez ce qui s'applique)

- Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent).
- 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)?
- Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez :
- Référence à (service et date) :
- Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai :
- 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 2023; 3) ESMO 2023; 4) NCI 2024... (Références complètes : pages 42-55)

La diarrhée : guide de pratique d'évaluation

Diarrhée : Selles anormalement liquides et fréquentes, comparativement à la moyenne personnelle, accompagnées ou non de crampes abdominales.¹⁻⁶

1. Évaluation de la gravité de la diarrhée¹⁻¹⁸

Avez-vous passé un test pour le C. difficile?^{1-5,7-17} Oui Non incertain Résultat :

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous votre diarrhée? (0=« aucune diarrhée »; 10=« pire diarrhée possible ») ¹⁹	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Votre diarrhée vous inquiète-t-elle? ^{2,3}	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Combien de selles de plus qu'habituellement faites-vous par jour? ^{1-3,5,7,15,20}	< 4 ^{G1}	<input type="checkbox"/>	4-6 ^{G2}	<input type="checkbox"/>	≥ 7 ^{≥G3}	<input type="checkbox"/>
Vous réveillez-vous la nuit pour aller à la selle? ^{2,7}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Stomie : Par rapport à votre normale, à quel point la production de selles a-t-elle augmenté? ^{2,7,15,20}	Peu	<input type="checkbox"/>	Modérée	<input type="checkbox"/>	Beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Selles/jour au-dessus de la normale? ^{6,8-14,16,17,20}			< 4 ^{G1}	<input type="checkbox"/>	≥ 4 ^{≥G2}	<input type="checkbox"/>
→ Stomie : quantité au-dessus de la normale? ^{10,13,16,17}			Peu	<input type="checkbox"/>	≥ Modéré	<input type="checkbox"/>
→ Diarrhée la nuit ou nouvelle incontinence? ^{8,9,11,14,16}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Comment décririez-vous vos selles (couleur, fermeté, odeur, quantité, huileuses, sang, mucus, doit forcer pour déféquer; difficiles à évacuer)? ^{1-3,5,7}					Sang dans les selles	<input type="checkbox"/>
→ Sang ou mucus dans les selles? ^{6,8-14,16}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre (> 38° C) ^{1-3,5,7-12,14-17} <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? ^{1-3,5,7,15,18}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Douleur ou crampes au niveau de l'abdomen? ^{6,8-12,14,16,17}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Combien de verres de liquides buvez-vous par jour? ^{2,3,5}	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) ^{1-3,5,7,9,12,15}	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? ^{2,3,7,8,10,11,14-16}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? ^{1-3,5,7,15,18} <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, vomissements, essoufflement, perte de poids, problèmes ou douleurs oculaires, faiblesse musculaire, douleurs articulaires, sautes d'humeur? ^{11-13,17}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments qui font augmenter les risques de la diarrhée (exemple : laxatifs)? ^{2,3,5,10,15,17}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous voyagé récemment ou des contacts avec des gens ayant la diarrhée? ^{2,4,5,7,15}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Lésions cutanées rectales ou à la stomie? ^{2,3,7}	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^{1-3,5,7-17}

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.

Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-17,21}

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®) ^{1-5,7,15}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Octreotide (Sandostatine®) pour la diarrhée grave due à la chimio ^{1-5,7,15}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Fibre de psyllium pour les cas dus aux radiations (Metamucil®) ^{1,4}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Probiotiques pour la diarrhée causée par la radiothérapie/la chimiothérapie ^{1,4,5,15,21}		Efficace / Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Atropine-diphénoxylate (Lomotil®) ^{5,11,15}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Crème corticoïde si irritation de la peau du rectum ³		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	→ Lopéramide (Imodium®) ^{5,6,8-12,14,16,17}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	→ Corticostéroïdes/prednisone, ^{2,5,6,8-17} Infliximab, ^{5,6,8-14,16,17} Vedolizumab ^{5,8,10-13} ou Budesonide ^{5,11,12} pour la diarrhée sévère		Probablement efficace

→ Inhibiteur de point de contrôle immunitaire. *Pour la diarrhée due aux radiations, on déconseille généralement le sucralfate^{1,18} et les antibiotiques oraux.²

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-5,7,9-12,15-18}

- Lorsque vous avez la diarrhée, **qu'est-ce qui vous aide?**^{2,3} Renforcez si pertinent. Précisez :
- Quel est votre **objectif?**³
- Avez-vous consulté ou parlé à un médecin, à une infirmière praticienne ou à un pharmacien, de **médicaments** que vous prenez qui **pourrait causer ou aggraver la diarrhée?**^{2,3,5,7}
- Avez-vous consulté ou parlé à une **diététicienne?**^{5,7,16}
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boire de 6 à 8 verres de liquides clairs par jour. ^{1-5,7,9-12,15,16}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer de remplacer les électrolytes (potassium et sodium ou sel). ^{1-5,7,9,15,17} 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).
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer de consommer des aliments comme : 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) ^{1-3,9-12,18}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eviter de consommer des aliments comme : 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) ^{1-5,7,9-11,15,16}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer de consommer des petits repas fréquents ou des collations. ^{1-3,7,15}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayer de garder propre la peau autour de votre rectum ou de votre stomie pour éviter une dégradation de la peau. ^{2,3,5} Laver la peau périanale à l'eau tiède (+/- savon doux) après chaque selle. Crème hydrofuge si le patient n'est pas en radiothérapie. On peut utiliser des bandages hydrocolloïdes comme barrière physique pour protéger la peau.
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurer le suivi du nombre de selles et demeurer à l'affût de problèmes comme la fièvre et les étourdissements. ^{2,5,7,3}
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire appel à des stratégies pour vous aider à faire face à certaines situations, comme : la planification des sorties, avoir des vêtements de rechange, connaître l'emplacement des toilettes, utiliser des sous-vêtements absorbants. ³

5. 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 2024; 2) BCCA 2018; 3) CCO 2022; 4) AGIHO/AGIHO 2018 (Références complètes : pages 42-55)

La fatigue : guide de pratique d'évaluation

Fatigue : un sentiment pénible, persistant et subjectif de fatigue ou d'épuisement physique, émotionnel et/ou cognitif, entraîné par le cancer ou son traitement, d'une ampleur disproportionnée à l'effort déployé récemment, qui ne s'améliore pas avec du repos ou le sommeil, et qui interfère avec les activités quotidiennes.¹⁻¹¹

1. Évaluation de la gravité de la fatigue^{1-5,12-21}

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point êtes-vous fatigué? (0= « Aucune fatigue »; 10= « Pire fatigue possible ») ^{1-3,5,12,22}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Votre fatigue vous inquiète-t-elle? ^{1,12}	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? ^{1,4,12}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Comment décririez-vous la fréquence de vos moments de fatigue? ^{1-5,12}	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? ^{1-5,12,23}	Non ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre (>38° C)? ^{1,2,12} <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous les résultats de votre dernier test sanguin d'hémoglobine (Hgb)? ^{1-4,12} Date : <input type="checkbox"/> Incertain	<LIN-10,0g/dL	<input type="checkbox"/>	<10,0 à 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? ^{1,2,4,12} Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0 à 2,9 %	<input type="checkbox"/>	3 à 9,9 %	<input type="checkbox"/>	≥10 %	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? ^{1-4,12} <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 apport alimentaire ou de liquides	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
➔ Avez-vous (signes de toxicité endocrinienne) : ^{2,4,13-21} <input type="checkbox"/> perte d'appétit, <input type="checkbox"/> douleur abdominale, <input type="checkbox"/> maux de tête <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> vomissements, <input type="checkbox"/> altération de la vision, <input type="checkbox"/> gain ou perte de poids, <input type="checkbox"/> constipation, <input type="checkbox"/> étourdissements, <input type="checkbox"/> changements d'humeur ou de comportement, <input type="checkbox"/> baisse de la libido, <input type="checkbox"/> confusion, <input type="checkbox"/> peau sèche, <input type="checkbox"/> perte de cheveux, <input type="checkbox"/> froid, <input type="checkbox"/> visage bouffi	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
➔ Avez-vous (signes de pneumonite) : ¹³⁻²¹ <input type="checkbox"/> toux, <input type="checkbox"/> sifflement, <input type="checkbox"/> essoufflement, <input type="checkbox"/> mal à la poitrine, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> lits d'ongles de couleur bleue	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
➔ Avez-vous (signes de toxicité cardiovasculaire) : ^{13-18,20} <input type="checkbox"/> rythme cardiaque irrégulier (ex., cœur qui bat fort, rapidement, qui saute des battements, ou présentant des flutters), <input type="checkbox"/> mal à la poitrine, <input type="checkbox"/> essoufflement	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
➔ Avez-vous (signes de toxicité hépatique) : ¹³⁻¹⁹ <input type="checkbox"/> jaunissement de la peau/des yeux, <input type="checkbox"/> urine foncée, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> douleur abdominale, côté droit, <input type="checkbox"/> perte d'appétit, <input type="checkbox"/> augmentation des saignements et des ecchymoses	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
➔ Avez-vous (signes de myosite) : ^{13-16,19,20} <input type="checkbox"/> membres faibles, <input type="checkbox"/> difficulté à rester debout, lever les bras, se déplacer, <input type="checkbox"/> douleur musculaire	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
➔ Avez-vous (signes de syndrome hémolytique et urémique) : ¹⁴ <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 ^{1-5,12,13} (cardiaques, pulmonaires, hépatiques, rénales glandulaires, neurologiques) ou consommez-vous trop d'alcool?	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Prenez-vous des médicaments qui accroissent la fatigue ^{1-4,12,13,15} (médicaments pour la douleur, la dépression, la nausée, les vomissements, les allergies)?	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^{1-3,5,12-16,18-20}

<input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins.	<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 1 à 2 jours.	<input type="checkbox"/> Si la fatigue grave est stable, passez en revue les autosoins. <input type="checkbox"/> Si la fatigue grave est nouvelle, aiguillez vers des soins médicaux non urgents et avisez si le patient suit une immunothérapie.
---	--	--

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-5,24}

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) ^{2,4,5,24}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Méthylphénidate (Ritalin®) ^{2,4,5}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Corticostéroïdes : dexaméthasone (Decadron®), prednisone ¹⁻⁵		Équilibrer avantages et inconvénients

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

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-13,15,25-32}

- Lorsque vous êtes fatigué, **qu'est-ce qui vous aide?**^{1,12} Renforcez si pertinent.
- Quel est votre **objectif?**^{1,2}
- Savez-vous différencier entre **la fatigue liée au cancer** et la fatigue normale?^{1-5,12} Expliquez la différence avec la fatigue normale; expliquez que c'est normal dans un traitement contre le cancer.
- [Si besoin d'un plan personnalisé :] Avez-vous consulté ou parlé à un professionnel de la santé qui vous aiderait à gérer votre fatigue ou souhaiteriez-vous le faire?^{1,2,5,25} (Spécialiste en réadaptation.)
- Si vous avez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?^{1-3,12,15} Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurez le suivi de vos comportements attribuables à la fatigue dans un journal pour faciliter la planification d'activités. ^{2-5,12,13}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épargnez votre énergie pour les choses auxquelles vous tenez. ^{1-5,12,13}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activité physique , y compris le yoga. ^{1-6,8,10,12,13,25-29} 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).
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mangez/buvez suffisamment pour combler vos besoins énergétiques. ^{1,2,4,5,12,13,15} Une bonne hydratation et un régime équilibré (vitamines, minéraux) peuvent réduire la fatigue.
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez des activités comme la lecture, les jeux, la musique, le jardinage ou les expériences en nature. ^{4,12,30}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participez à un groupe de soutien ou avez-vous des amis ou de la famille sur qui compter. ^{1,2,12}
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activités comme la thérapie relaxation , la respiration profonde, la visualisation, ou la massothérapie , acupression ou acupuncture. ^{1-5,11,13,32}
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez les approches suivantes pour améliorer la qualité de votre sommeil . ^{1,2,5,12,15} 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.
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez la thérapie cognitivo-comportementale ou la réduction du stress par la pleine conscience afin de vous aider à gérer votre fatigue. ^{1-5,7,9,12,13,31}
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez la luminothérapie à la maison (lumière blanche vive). ^{1,2}

5. 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

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

Références : 1) BCCA 2018; 2) NCCN 2023; 3) ESMO 2020; 4) NCI 2024... (Références complètes : pages 42-55)

Fièvre accompagnée de neutropénie guide de pratique d'évaluation

Fièvre accompagnée de neutropénie : Taux de neutrophiles (valeur absolue) < 500 cellules/mcl (équivalent à < 0,5 x 10⁹/L) OU < 1000 cellules/mcl (< 1,0 x 10⁹/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.¹⁻¹¹

1. Évaluation de la gravité de la fièvre et de la neutropénie¹⁻¹⁹

SI en chimiothérapie ou immunothérapie, date du dernier traitement?^{1,2,4} _____

Prenez-vous des antibiotiques récemment?^{1,9} Non Oui <48 heures Oui ≥48 heures

Quelle a été votre température depuis 24 heures?^{1-5,7-10} Actuellement : _____ Températures précédentes : _____

Avez-vous pris de l'acétaminophène (Tylenol®) ou de l'ibuprofène (Advil®)?² Si oui, quand et quelle quantité? _____

Température orale de ≥38,0° C (100,4° F) ^{1-5,7-10} Ajuster si la mesure est effectuée via d'autres méthodes (par exemple, oreille, front).	Non <input type="checkbox"/>	Oui pour <1 heure <input type="checkbox"/>	Oui pour ≥1 heure <input type="checkbox"/>
Dernière numération des neutrophiles connue ^{1-11,20} Date : _____ <input type="checkbox"/> Incertain	>1000 cell/mcl <input type="checkbox"/>		Fièvre plus ≤500 cellules/mcl ou 1000 cellules/mcl et baisse attendue ^{G3} <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? ^{2,8,9} <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, <input type="checkbox"/> Symptômes urinaires (brûlure, urgence mictionnelle, fréquence)	Non <input type="checkbox"/>	Oui, un peu <input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup <input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité GI) : ¹²⁻¹⁷ <input type="checkbox"/> douleur abdominale, <input type="checkbox"/> diarrhée, <input type="checkbox"/> sang/ mucus dans les selles, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> vomissements, <input type="checkbox"/> perte de poids	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de pneumonite) : ^{13,15-19} <input type="checkbox"/> toux, <input type="checkbox"/> sifflement, <input type="checkbox"/> douleur à la poitrine, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> lits d'ongles de couleur bleue	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes d'effets indésirables de la fonction hépatique) : ^{14,16,17,19} <input type="checkbox"/> jaunissement de la peau/des yeux, <input type="checkbox"/> urine foncée, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> douleur abdominale, côté droit, <input type="checkbox"/> perte d'appétit, <input type="checkbox"/> augmentation des saignements et des ecchymoses	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de méningite aseptique) : ^{14,15,18} <input type="checkbox"/> maux de tête, <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> raideur au cou, <input type="checkbox"/> fièvre légère, <input type="checkbox"/> nausée, <input type="checkbox"/> vomissements	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^{1-7,9-11,21}

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 12 à 24 heures.

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 12 à 24 heures.
 Si ≥38,0° depuis <1 heure, demandez d'aviser si encore ≥38,0 après 1 heure.

Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.
Le traitement de la neutropénie fébrile par antibiotiques doit commencer dans l'heure suivant sa déclaration. Il est primordial de recueillir des données cliniques et de laboratoire afin de localiser le site possible d'infection avant de commencer les antibiotiques.

Légende : → Traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire; 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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-11,21}

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 ^{1-6,8,10,21}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Antibiotiques pour prévenir l'infection pour les patients à risque élevé ^{1-3,5-9,11}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Antifongiques pour prévenir l'infection (patients à risque) ^{1-3,5,8,9,11}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Antiviraux pour certains patients à risque ^{1,3,5,8,9}		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.²

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-3,5,8,9}

- Avez-vous consulté ou parlé avec un médecin ou une infirmière praticienne à propos du vaccin (par ex., vaccin contre la grippe, COVID-19 avec vaccin inactivé)?^{1-3,5} Les membres de votre foyer et vos visiteurs doivent tous être à **jour dans leurs vaccins** (influenza, COVID-19 rougeole, oreillons, rubéole, varicelle).
- Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?² Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la température n'est pas $\geq 38,0$ °C, effectuez des mesures régulières à l'aide d'un thermomètre buccal et prenez en note votre température dans un journal. ² Éviter la prise rectale. ¹
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavez-vous les mains au savon ou au désinfectant à base d'alcool avant de manipuler des aliments, avant et après avoir mangé, après avoir utilisé les toilettes, après avoir toussé ou éternué dans les mains. ^{2,3,8}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Envisagez de boire de 6 à 8 verres de liquides clairs par jour. ²
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez les lavements, les suppositoires, les tampons et les procédures invasives (par ex., examen rectal, coloscopie). La constipation et l'effort lors de la selle peuvent abîmer les tissus rectaux. ²
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez les foules et les personnes possiblement malades. ^{2,5,9}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez des aliments bien cuits ou des fruits et légumes frais crus bien lavés ²
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brossez-vous les dents avec une brosse souple au moins deux fois par jour. ² Passez la soie dentaire si vous en avez l'habitude, sans douleur.
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez une douche ou un bain chaque jour si possible (sinon, faire une toilette à l'éponge tous les jours). ²
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifiez la présence de sites possibles d'infection sur la bouche et la peau (dispositif d'accès, région rectale) et gardez-vous ces régions propres et sèches? Vérifiez la présence de sites possibles d'infection sur la bouche et la peau (dispositif d'accès, région rectale) et conservez ces régions propres et sèches. ²

5. 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) NCCN 2023; 2) BCCA 2018; 3) ONS 2019; 4) NICaN 2022... (Références complètes : pages 42-55)

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

Xérostomie : sécheresse anormale de la cavité orale découlant d'une réduction ou d'un épaississement 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.¹⁻⁵

1. Évaluation de la gravité de la xérostomie^{1-4,6-11}

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point avez-vous la bouche sèche? (0= » Pas du tout »; 10= » Pire sécheresse possible »)? ^{1,2,12}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Votre sécheresse buccale vous inquiète-t-elle? ^{1,2}	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Votre salive est-elle plus épaisse ou moins abondante que d'habitude? ^{1,2,4,13}	Non/Un peu ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des signes du syndrome de Sjögern : ⁷⁻¹¹ <input type="checkbox"/> apparition soudaine d'une sécheresse buccale, <input type="checkbox"/> salive épaisse <input type="checkbox"/> salive s'accumulant au fond de la bouche, <input type="checkbox"/> yeux secs?	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre bouche est-elle douloureuse? ^{1,2,4,7}	Non/légère 0 à 3	<input type="checkbox"/>	Modérée 4 à 6	<input type="checkbox"/>	Grave 7 à 10	<input type="checkbox"/>
Votre bouche a-t-elle des rougeurs, des taches blanches, des fissures ou des ampoules? ^{1,2,4,7}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? ^{1,2} <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Saignez-vous de la bouche? ²	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? ^{1,2,6}	Oui ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, aliments mous ^{G2}		Non ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
→ Êtes-vous capable de manger? ⁷	Oui, tous les aliments	<input type="checkbox"/>	Oui, la plupart des aliments	<input type="checkbox"/>	Non, seulement des aliments mous	<input type="checkbox"/>
Combien de verres de liquide buvez-vous par jour? ^{1,2,7}	6 à 8 verres	<input type="checkbox"/>	1 à 5 verres		Quelques gorgées	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? ^{1-3,7}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes d'acidocétose diabétique): ⁷ <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'uvéite) : ^{7,9,10} <input type="checkbox"/> yeux secs, <input type="checkbox"/> mal aux yeux, <input type="checkbox"/> yeux rouges, <input type="checkbox"/> vision trouble ou dédoublée, <input type="checkbox"/> nouveaux corps flottants <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> enflure des paupières, <input type="checkbox"/> changement au niveau de la vision des couleurs?	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre sécheresse buccale vous empêche-t-elle de parler? ^{1,2,4,6}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Votre sens du goût a-t-il changé? ^{1,2,4,6}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous perdu du poids depuis 1 à 2 semaines sans effort de votre part? ^{1,2} Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0 à 2,9 %	<input type="checkbox"/>	3 à 9,9 %	<input type="checkbox"/>	≥ 10 %	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à respirer? ¹	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments qui assèchent la bouche? (anticholinergiques, antiémétiques) ^{1-4,11}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Votre sécheresse buccale interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes? ^{1,2,6}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Éprouvez-vous de l'inquiétude? ^{1,2} Si oui, consultez le guide sur l'anxiété.	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^{1,7}

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

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

Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-4,6,7,9,11}

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la sécheresse buccale (xérostomie)	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Substituts de salive (Biotene®, Moi-Stir®) ^{1-4,6,7}		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Pilocarpine (Salagen®), stimulant salivaire ^{2-4,7,9,11}		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Anétholtrithione (Sialor®), stimulant salivaire ¹		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Médicaments oraux contre la douleur ^{1,2,7}		Avis d'experts

* Les adultes plus âgés pourraient être plus sensibles aux effets secondaires de la pilocarpine.³

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-7,14}

- **Qu'est-ce qui vous aide** quand vous avez la bouche sèche?^{1,2} Renforcez si pertinent. Précisez :
- Quel est votre **objectif**?^{1,2}
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?³ Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buvez de 6 à 8 verres de liquides clairs par jour. ^{1,2,4,7,14}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez les aliments et les boissons acides, salés, épicés, ou très chauds . ^{1-4,7}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous avez de la difficulté à avaler, préconisez une alimentation molle . ^{1,2,4,7} 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.
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gardez la bouche fraîche et humide à l'aide d'aliments frais ou froids. ^{1,2,7,14} Proposez : sucettes glacées sans sucre, raisins congelés, eau froide, ou des cubes de glace.
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brossez-vous les dents avec une brosse douce et du dentifrice fluoré, au moins 2 fois par jour. Soie dentaire aussi si vous y êtes habitué et sans douleur. ^{1,2,4,14}
6. <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). ^{1,2,4,14}
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez d'utiliser un rince-bouche neutre 4 fois/jour . ^{1-4,14} 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.
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mâchez de la gomme sans sucre ou sucez-vous des bonbons durs pour stimuler la production de salive. ^{1-4,6,7,14} On peut aussi utiliser de la gomme ou des pastilles au xylitol, jusqu'à 6 grammes/jour.
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez-vous le tabac et l'alcool, y compris le rince-bouche à base d'alcool. ^{1-4,14}
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protégez-vous vos lèvres à l'aide de soins hydratants ou d'un baume pour les lèvres. ^{1-4,14}
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez-vous des substituts de salive (gel, rince-bouche, atomiseur)? ^{1-4,6,7,14} Si vous les utilisez déjà, depuis combien de temps, et est-ce qu'ils vous aident? Découragez le recours aux tiges à base de glycérine.
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour réduire la sécheresse, utilisez un humidificateur à froid ou un vaporisateur. ^{1,3}
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Envisagez d'essayer l' acupuncture . ^{1,4,5}

5. Documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez ce qui s'applique)

- Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent).
- 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)?
- Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez :
- Référence à (service et date) :
- Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai :
- Demandez au patient de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation ou nouveau symptôme.

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

Références : 1) BCCA 2019; 2) CCO 2021; 3) AHS 2019; 4) NCI 2024... (Références complètes : pages 42-55)

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.¹⁻¹¹

1. Évaluation de la gravité de la mucite buccale^{1-5,12-19}

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos ulcérations? (0= « Aucune ulcération »; 10= « Pires ulcérations possibles ») ^{2,12,13,20}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Vos ulcérations de la bouche vous inquiètent-elles? ^{2,12,13}	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Combien de plaies, d'ulcères ou d'ampoules avez-vous? ^{1-3,5,12,13}	0 à 4	<input type="checkbox"/>	>4	<input type="checkbox"/>	Elles se rejoignent	<input type="checkbox"/>
Vos ulcérations saignent-elles? ^{1,2,12,13}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, en mangeant ou en me brossant les dents	<input type="checkbox"/>	Oui, n'importe quand	<input type="checkbox"/>
Vos ulcérations sont-elles douloureuses? ^{1-5,12,13,21}	Non/légèrement 0 à 3 ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Modérément 4 à 6 ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Énormément 7 à 10 ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il des taches rouges ou blanches dans votre bouche? ^{2,3,12,13}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (des signes de toxicité cutanée) : ¹⁴⁻¹⁹ <input type="checkbox"/> plaies/ulcères/vésicules dans la bouche, <input type="checkbox"/> rougeurs ou taches blanches dans la bouche, <input type="checkbox"/> gencives et/ou gorge irritées?	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? (> 38° C) ^{2,12,13} <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous la bouche sèche? ^{2,3,12,13}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Êtes-vous capable de manger? ^{1-4,12,13}	Oui	<input type="checkbox"/>	Oui, aliments mous	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
→ Êtes-vous capable de manger? ¹⁴	Oui, tous les aliments	<input type="checkbox"/>	Oui, la plupart des aliments	<input type="checkbox"/>	Non, ou seulement des aliments mous	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine) ^{2,3,12,13}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Quelle quantité de liquide buvez-vous par jour? ^{2,3,12,13}	6 à 8 verres	<input type="checkbox"/>	1 à 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? ^{1,2,12,13} Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0 à 2,9 %	<input type="checkbox"/>	3 à 9,9 %	<input type="checkbox"/>	≥10 %	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à respirer? ²	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Vos ulcérations interfèrent-elles avec vos activités quotidiennes? ^{1,2,12,13}	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^{1-4,8,12-15}

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.

Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.

Legend: → 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 les mucites buccales (sous ordonnance, en vente libre, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-5,12,13}

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®) ^{1-4,12,13}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Rince-bouche à la dexaméthasone ^{1,12,13}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Médicaments oraux, ^{2-5,12,13} rince-bouche à la morphine, ^{4,12,13} anesthésique topique (lidocaïne), ^{2,4,5,12,13} fentanyl transdermique ^{5,12,13} pour la douleur		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Rince-bouche à 0,5 % de doxépine pour la douleur ^{12,13}		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Agent d'enrobage des muqueuses pour la douleur (Gelclair®) ^{2,3,5,13}		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Substituts de salive (Biotene®, Moi-Stir®, Caphosol®) ^{2,3,12,13}		Avis d'experts
<input type="checkbox"/>	Nystatine pour la candidose buccale ³		Avis d'experts

* Certaines formules de benzydamine HCl contiennent de l'alcool et peuvent donc piquer.^{3,4,12,13} Le rince-bouche à la chlorhexidine et le sucralfate ne sont pas recommandés.^{1-3,12} Le rince-bouche « magique » (à médication mixte) n'est pas recommandé.^{1,2} 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.² Conseiller de ne pas avaler de rince-bouche à la morphine ou à la lidocaïne en raison d'effets secondaires systémiques, y compris le risque d'arythmie fatale.²

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-9,12,13,22-25}

- Lorsque vous avez des ulcérations, **qu'est-ce qui vous aide?**^{2,12,13} Renforcez si pertinent.
- Quel est votre **objectif?**^{2,12,13}
- Si vous avez de la difficulté à manger, avez-vous consulté ou **parlé à une diététicienne** ou essayé des substituts de repas?^{2,3,12}
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?^{2,4,12} Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rincez la bouche 4 fois par jour avec un rince-bouche doux (ou plus souvent en présence d'ulcérations). ^{1-3,5,12,13} 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 soupe) de cette préparation et recracher. Préparer journalièrement.
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brossez vos dents avec une brosse douce, au moins 2 fois par jour (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. ^{1-3,5,6,12,13}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rincez-vous brosse à dents à l'eau chaude avant de vous en servir; la laissez-vous sécher à l'air avant de la ranger. ^{2,3,12,13}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous portez des dentiers, les brosser et les rincer après les repas et au coucher. Retirez-les tous les soirs et faites-les tremper dans un liquide de rinçage insipide. Si votre bouche est sensible, portez-les uniquement aux repas . ^{2-4,12,13}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protégez-vous vos lèvres à l'aide de soins hydratants ou d'un baume pour les lèvres. ^{2,3,12,13}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez des pastilles de lactobacille ¹ ou des pastilles, de la gomme ou des sucettes glacées contenant du xylitol. ^{12,13}
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez le tabac et l'alcool , y compris le rince-bouche à base d'alcool. ^{2-4,12,13}
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez 6 à 8 verres de liquide par jour. ^{2,3,12,13}
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez une alimentation molle . ^{2,4,12,13} 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.
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous prenez des analgésiques , essayez de les prendre avant de vous brosser les dents et avant de manger . ^{2,12,13}
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez les aliments et les boissons acides, salés, épicés, ou très chauds. ^{2,4,5,12,13}
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pendant la chimiothérapie, utilisez de l'eau glacée, des copeaux de glace pendant 30 minutes. ^{1-7,9,12,22-24}
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Envisager de faire appel à une thérapie par rayonnement laser de basse énergie. ^{8,24,25}

5. 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) BCCA 2019; 3) NICaN 2022; 4) AHS 2019; 5) NCI 2024... (Références complètes : pages 42-55)

La nausée et les vomissements : guide de pratique d'évaluation

Nausée : Impression subjective d'être sur le point de vomir.¹⁻³ Vomissement : Expulsion soudaine, par la bouche, du contenu de l'estomac, avec ou sans haut-le-cœur (mouvement gastrique et œsophagique sans vomissement).¹⁻³

1. Évaluation de la gravité de la nausée ou des vomissements¹⁻¹⁷

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos nausées? 0=Aucune nausée »; 10=« Pire nausée possible » ^{1,4,18}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Vos vomissements/nausées vous inquiètent-ils? ²⁻⁸	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Si vomissements : combien de fois par jour? ^{1,3-6,19}	≤1 ^{G1}	<input type="checkbox"/>	2-5 ^{G2}	<input type="checkbox"/>	≥6 ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
Quantité de vomi? ^{1,4,5}	Petite	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Grande	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il du sang dans vos vomissures? Ressemblent-elles à du café moulu? ^{1,4,5}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous réussi à manger depuis 24 heures? ^{1,2,4,5}	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous perdu du poids depuis 1 à 2 semaines sans effort de votre part? ^{1,4} Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain	0 à 2,9 %	<input type="checkbox"/>	3 à 9,9 %	<input type="checkbox"/>	≥10 %	<input type="checkbox"/>
Quelle quantité de liquides buvez-vous par jour? ^{1,2,4,5,9}	6 à 8 verres	<input type="checkbox"/>	1 à 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)? ^{1,2,4,5,9}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs à l'abdomen? ^{1,3-5}	Non/légèrement 0 à 3	<input type="checkbox"/>	Modérément 4 à 6	<input type="checkbox"/>	Énormément 7 à 10	<input type="checkbox"/>
Vos nausées ou vos vomissements interfèrent-ils avec vos activités quotidiennes? ^{1,4}	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? ^{1-6,9} (Opioïdes, antidépresseurs, antibiotiques, warfarine)	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Souffrez-vous d'autres symptômes? ^{1-6,8,9} <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) : ¹⁰⁻¹⁷ <input type="checkbox"/> fatigue/faiblesse, <input type="checkbox"/> douleurs abdominales, <input type="checkbox"/> maux de tête, <input type="checkbox"/> perte d'appétit, <input type="checkbox"/> altération de la vision, <input type="checkbox"/> gain ou perte de poids, <input type="checkbox"/> constipation, <input type="checkbox"/> étourdissements, <input type="checkbox"/> changement d'humeur ou de comportement, <input type="checkbox"/> baisse de la libido, <input type="checkbox"/> confusion, <input type="checkbox"/> peau sèche, <input type="checkbox"/> perte de cheveux, <input type="checkbox"/> froid, <input type="checkbox"/> visage bouffi	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de neuropathie autonome) : ¹⁰ <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) : ¹⁰⁻¹⁷ <input type="checkbox"/> maux de tête, <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> raideur au cou, <input type="checkbox"/> fièvre légère	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité hépatique) : ^{10-12,14-17} <input type="checkbox"/> peau/yeux jaunes, <input type="checkbox"/> urine foncée, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> perte d'appétit, <input type="checkbox"/> douleurs abdominales, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> augmentation des saignements et des ecchymoses	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité GI) : ^{10,11,13-16} <input type="checkbox"/> douleurs abdominales, <input type="checkbox"/> diarrhée, <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) : ¹⁰ <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"/> 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^{1,2,4,5}

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

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

Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-9,20-23}

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 ₃ : ondansétron (Zofran®), granisétron (Kytril®), dolasétron (Anszemet®) ^{1-9,20-22}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Olanzapine (Zyprexa®) ^{1-4,6-9,20-23}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Fosaprépitan (Emend® IV), aprépitan (Emend®) ^{1-3,5-9,20-22}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Trithérapie : ^{2,3,5-9,20-22} dexaméthasone, 5 HT ₃ (palonosétron), antagonistes du récepteur de la neurokinine (netupitant) pour risque émétique élevé		Efficace
<input type="checkbox"/>	Cannabis/cannabinoïdes ^{1-4,7-9,22}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Netupitant/palonosétron (NEPA) (Akynzeo®) ^{1-3,6-9,20,22}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Dexaméthasone (Decadron®) seul ou en combinaison ^{1-9,20-22}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Gabapentine (Neurontin®) ⁷		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Progestines ⁷		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Anticipatoire : Lorazépam (Ativan®), halopéridol (Haldol®) ^{1-9,20,22}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Métoclopramide (Maxeran®), prochlorpérazine (Stemetil®) ^{1-6,9,20,22}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Autre : Cyclizine, ^{5,6} dimenhhydrinate, ^{1,3,4,8} méthotriméprazine ¹		Avis d'expert

*Le patient court un risque accru de surdose d'opioïdes et de graves effets secondaires s'il combine gabapentine et opioïde.²⁴ Si neutropénie, éviter l'administration rectale.

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-9,20,22,25}

- Lorsque vous avez la nausée ou des vomissements, **qu'est-ce qui vous aide?**^{1,4}
- Quel est votre **objectif?**^{7,9}
- Avez-vous consulté ou parlé à une **diététiste?**^{1,4,9}
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?^{1,4} Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez de 6 à 8 verres de liquides clairs par jour. ^{1,4,9}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez des techniques de relaxation (ex. la visualisation, la relaxation musculaire progressive, l'hypnose, la musicothérapie). ^{1,4,6-9,22}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez des médicaments antinauséux à action rapide (ex. ondansétron (Zofran®), granisétron (Kytril®), dolasétron (Anszemet®) 30 à 60 minutes avant les repas pour qu'ils agissent pendant et après ceux-ci. ^{1,4}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous avez des vomissements, limitez votre consommation 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, rôtie, céréales sèches, bretzels). Si vous arrivez à garder ces aliments, ajoutez des aliments riches en protéines (œufs, poulet). ^{1,4}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous éprouvez des nausées, consommez des petits repas fréquents ou des collations . ^{1,4,9} Consommez des aliments qui sont moins nauséux pour vous, vos aliments réconfortants, froids ou à température ambiante. ^{1,4,9} Évitez les aliments gras, frits, très salés ou épicés et les arômes forts. ^{1,4,9} Évitez l'alcool et le tabac. ^{1,6,9}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asseyez-vous en position verticale ou allongée avec la tête relevée pour 30 à 60 minutes après chaque repas. ^{1,4}
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vomissements d'utiliser un rinçage-bouche neutre 4 fois/jour. ⁴ 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.
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez la digitopression (ex., bracelet d'acupression) ou l'acupuncture . ^{1,4,9,22,25}

5. 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	Nom

Références: 1) BCCA 2018; 2) NCI 2023; 3) INESSS 2020; 4) CCO 2019... (références complètes : pages 42-55)

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.¹⁻⁸

1. Évaluation de la gravité de la douleur^{1-7,9-25}

Décrivez-moi la douleur (emplacement, apparition, propagation, ressenti, ce qu'il l'améliore ou l'empire) :^{1-7,9-15} _____

Savez-vous ce qui en serait la cause (chirurgie, blessure, maladie, douleur préexistante/arthrite, compression médullaire)?^{1,2,4-7,9-13,16} _____

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la douleur que vous ressentez (0=Aucune douleur; 10=Pire douleur possible) ^{1,2,6,7,9-17,26}	0 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Pire douleur et douleur 2 heures après médication? ^{1,2,9,11,14}	0 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous capable d'oublier votre douleur? ¹¹	Oui, souvent	<input type="checkbox"/>	Oui, parfois	<input type="checkbox"/>	Non, jamais	<input type="checkbox"/>
Votre douleur vous inquiète-t-elle? ^{1,2,5,6,11,12}	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
La douleur est-elle apparue soudainement? ^{1-3,6,7,9-14}	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? ^{1,2,6,7,9-11,13}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une perte de contrôle de vos sphincters, des engourdissements au niveau des doigts, des orteils ou des fesses, de la difficulté à marcher ou à garder l'équilibre? ^{1,6}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous : confusion, forte envie de dormir, nausées, hallucinations ou spasmes musculaires? ^{1,2,6,7,9,11,12,15}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
La douleur interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes? ^{1,2,6,7,9-14,17,27}	Non ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
La douleur affecte-t-elle votre humeur? ^{1,2,6,9-11,13}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vos médicaments apaisent-ils cette douleur? ^{1,2,6,7,9-13}	Complètement	<input type="checkbox"/>	En partie	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Les analgésiques limitent-ils vos activités quotidiennes? ^{1,2,10,11,13,17}	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) : ^{2,6,7,9-11,13,15,17} <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 : ^{1,2,4-6,11,12} <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 (mains, pieds)	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicités musculosquelet-tiques) : ¹⁸⁻²⁴ <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) : ^{18,19,21-24} <input type="checkbox"/> jaunissement de la peau/des yeux, <input type="checkbox"/> urine foncée, <input type="checkbox"/> fièvre, <input type="checkbox"/> nausées <input type="checkbox"/> douleur abdominale, côté droit, <input type="checkbox"/> fatigue, <input type="checkbox"/> augmentation des saignements et des ecchymoses	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité endocrinienne) : ¹⁸⁻²⁵ <input type="checkbox"/> fatigue/faiblesse, <input type="checkbox"/> douleur abdominale, <input type="checkbox"/> perte d'appétit, <input type="checkbox"/> maux de tête, <input type="checkbox"/> nausée/vomissements, <input type="checkbox"/> altération de la vision, <input type="checkbox"/> gain ou perte de poids, <input type="checkbox"/> constipation, <input type="checkbox"/> étourdissements, <input type="checkbox"/> changements d'humeur ou de comportement, <input type="checkbox"/> baisse de la libido, <input type="checkbox"/> confusion, <input type="checkbox"/> peau sèche, <input type="checkbox"/> perte de cheveux, <input type="checkbox"/> froid, <input type="checkbox"/> visage bouffi	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous (signes de toxicité oculaire) : ^{18-20,22,24} <input type="checkbox"/> yeux secs, <input type="checkbox"/> mal aux yeux, <input type="checkbox"/> yeux rouges, <input type="checkbox"/> vision trouble ou dédoublée, <input type="checkbox"/> nouveaux corps flottants <input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière, <input type="checkbox"/> enflure des paupières, <input type="checkbox"/> changement au niveau de la vision des couleurs	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^{1,2,6,7,9-12,17,28}

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.

Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-7,9,11-24,28-32}

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la douleur (étapes selon l'OMS)*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Étape 1 : non-opioïdes : acétaminophène (Tylenol®), AINS, (Ibuprofen®), inhibiteurs de la COX-2, (Celebrex®), néfopam (Acupan®) ^{1-3,5-7,9,11-13,15-25,29,30}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Étape 2 : opioïdes doux : codéine, tramadol, tapentadol ^{2,3,5-7,9,11-13,15,17,28-30}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Étape 3 : Strong opioïde: morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone ^{1,2,5-7,9,11-13,15-17,28-31}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Accès douloureux : dose supplémentaire d'opioïdes oraux à action immédiate ou fentanyl transmucoal ^{1,2,6,7,9,11-17,29}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Douleur chronique : buprénorphine transdermique, fentanyl transdermique, anesthésique systémique (mexilétine) ^{1,2,5,7,9,12,13,15,17}		Efficace
<input type="checkbox"/>	Douleur chronique : cannabis/cannabinoïdes ^{1,2,5,7,11}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Douleur réfractaire : kétamine ^{4,6,7,13,30}		Équilibrer avantages et inconvénients
<input type="checkbox"/>	Douleur neuropathique : Antidépresseur ou anticonvulsivant ^{2,3,5-7,9,11,12,16-18,20,23,24,29,32}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	➔ Prednisone pour la douleur due à l'immunothérapie ¹⁸⁻²⁴		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Traitement prophylactique de la constipation : stimulant (sennosides ou bisacodyl) plus laxatif osmotique (lactulose ou PEG) ^{1,2,6,7,9,11-13,15,17,29}		Probablement efficace / avis d'expert

*AINS à utiliser avec prudence en raison du risque de toxicité rénale, GI ou cardiaque, de thrombocytopenie ou de trouble hémorragique.^{2,6,7,9,11,18-20,24,28} Évitez le recours aux opioïdes à action prolongée en période de douleur aiguë sévère.^{1,2,6,7,9,11,12,15,17,29,30,32} Opioïdes à utiliser avec prudence chez les patients souffrant de dysfonction rénale ou hépatique. Personnes âgées : éviter les antidépresseurs tricycliques.^{2,6,11}

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-3,5-17,29,33-44}

- **Qu'est-ce qui vous aide** quand vous avez de la douleur?^{1,2,7,10-13} Renforcer si pertinent.
- **Que visez-vous** en matière de gestion de votre douleur (cible sur une échelle de 0 à 10)?^{1,2,6,7,9-11,13-15}
- Comprenez-vous bien la distinction **entre dose régulière et doses supplémentaires** (entredoses)?^{1,2,5-7,9,11,15,17} Sinon, expliquez la douleur et la gestion de la douleur.
- Avez-vous des craintes ou des **inquiétudes à propos de la prise d'antidouleurs**?^{1-3,6,7,9,10,12,13,15} Si oui, obtenez des détails et expliquez.
- Si vous avez d'autres symptômes, ceux-ci sont-ils sous contrôle?^{2,6,9}

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez note du degré de douleur et de la variation de douleur 1 à 2 heures après la prise d'antidouleurs. ^{1,2,12,15}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliser des médicaments pour prévenir la constipation en cas de prise d'opioïdes. ^{1,2,6,7,9,11-13,15,17,29}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez les massages , avec ou sans aromathérapie, la physiothérapie , acupression, l'acupuncture , le chaud/froid ou la neurostimulation transcutanée. ^{1,2,6,8,11,16,33-36}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez l'exercice léger (marche, natation, vélo, étirements, yoga). ^{1,2,7,11,12,16,37-39}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez des activités afin de vous aider à composer avec la douleur: écoute de musique, méditation, exercices de respiration, distractions, relaxation, réduction du stress pleine conscience, thérapie cognitivo-comportementale (TCC), biofeedback, visualisation, relaxation musculaire progressive, hypnose. ^{1-3,7,11,12,16,33,40-44}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participer à des séances de counseling pour le patient et la famille et/ou compter sur le soutien d' amis ou de membres de la famille . ^{1,2,11,12}

5. 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	
Nom	Signature	Date

Références : 1) BCCA 2018; 2) NCCN 2023; 3-5) ONS 2019; 6) NCI 2024; 7) AHS 2018...(références complètes : pages 42-55)

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.¹⁻¹⁰ Autres causes : traumatisme chirurgical, traitement par inhibiteur de point de contrôle immunitaire, radiation impliquant la moelle épinière.^{1,3,8}

1. Évaluation de la gravité de la neuropathie^{1-8,11-17}

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

Parlez-moi de votre neuropathie (endroit, apparition, irradiation, ressentie, ce qui l'améliore ou l'empire) : ^{1,3,5-7} _____

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre neuropathie? (0=« Pas de neuropathie »; 10=« Pire neuropathie possible ») ^{1,3-7,18}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Votre neuropathie vous inquiète-t-elle? ⁸	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous mal à votre/vos (emplacement de la neuropathie)? ^{1-5,7}	Non/ légèrement 0 à 3	<input type="checkbox"/>	Modérément 4 à 6	<input type="checkbox"/>	Énormément 7 à 10	<input type="checkbox"/>
→ Douleur au bas du dos ou aux cuisses ^{8,11,12}	Non 0	<input type="checkbox"/>	Légèrement 1 à 3	<input type="checkbox"/>	> Modérément 4 à 10	<input type="checkbox"/>
Remarquez-vous une nouvelle faiblesse aux bras ou aux jambes? ^{1,2,7}	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 ^{8,12-16}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Éprouvez-vous des difficultés à marcher, à gravir un escalier ou avec votre équilibre? ^{1,2,5,7} Si oui, à quel point?	Non/ légèrement	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous constipé? ^{1,2,5}	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? ^{1,5}	Non/ légèrement	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
→ Constipation ou troubles urinaires ^{8,11,14}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre neuropathie/insensibilité/picotement interfèrent-ils avec vos activités quotidiennes? (ex. : boutonner ses vêtements, écrire, tenir une tasse) ^{1,5-7,19}	Non ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup ^{G≥3}	<input type="checkbox"/>
→ La neuropathie interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes ^{8,11,13-17}	Non ^{G1}	<input type="checkbox"/>			Oui ^{G≥2}	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous : <input type="checkbox"/> difficulté à marcher, <input type="checkbox"/> vision double, <input type="checkbox"/> faiblesse faciale, <input type="checkbox"/> paupière(s) tombante(s), <input type="checkbox"/> essoufflement, <input type="checkbox"/> problèmes à avaler ou parler, <input type="checkbox"/> nausées, <input type="checkbox"/> altération de la sudation? ^{8,11,13-15}	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^{1,3,5-8,11,13-17,20}

1	<input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins <input type="checkbox"/> Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu	2	<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.	3	<input type="checkbox"/> Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.
----------	---	----------	--	----------	---

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1-6,8-17,20-23}

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la neuropathie*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Doloxétine ^{1-6,8-12,16,20-22}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Gabapentine (Neurontin®) et combinaison d'opioïdes ^{2,3,6,8}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Corticostéroïdes - prednisone/méthylprednisolone ^{1,3,6,8,11-17}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Anticonvulsivants : gabapentine, prégabaline (Lyrica®) ^{1,3-6,8,9,11,12,16,23}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline (Elavil®), nortriptyline (Pamelor®), duloxétine (Cymbalta®), venlafaxine (Effexor®), bupropion (Wellbutrin®, Zyban®) ^{1,3-6,9,11,23}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Opioïdes : fentanyl, morphine (Statex®), hydromorphone (Dilaudid®), codéine, oxycodone (OxyContin®), tapentadol (Nucynta®), méthadone (Dolophine®) ^{1,3,5,9,21}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Agents topiques : timbre de lidocaïne 5 % ^{1,3,5,6,9}		Avis d'expert

N.B. Les opioïdes se combinent souvent aux anticonvulsivants ou aux antidépresseurs, mais ils accroissent les événements indésirables au SNC.²³ Personnes âgées : évitez les antidépresseurs tricycliques.³⁻⁹ La carnitine/L-carnitine et le facteur inhibiteur de la leucémie ne sont pas des pratiques recommandées.^{2,5,20}

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-3,5-7,9,10,21,22}

- **Qu'est-ce qui vous aide** à gérer votre neuropathie?^{1,5,7} Renforcez si pertinent. Précisez :
- **Quel est votre objectif?**^{1,3,5,7}
- Avez-vous consulté ou parlé de la neuropathie périphérique avec un médecin ou une infirmière praticienne, ou un pharmacien?^{1,3}
- Avez-vous consulté ou parlé à un **physiothérapeute** 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)?^{1,3,5,10}
- Avez-vous consulté ou parlé à un **ergothérapeute** qui vous aurait suggéré, par exemple : d'opter pour des chaussures de type mocassin ou des chaussures à velcro;¹ 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?⁵
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?¹ Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examinez vos mains et vos pieds tous les jours pour détecter les plaies/ampoules que vous pourriez ne pas ressentir. ¹ Consultez votre médecin ou votre infirmière praticienne si les plaies/ampoules ne guérissent pas.
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En cas de neuropathie dans les pieds : Portez chaussures sont-elles confortables et évitez de vous promenez pieds nus. ^{1,2,5}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropathie dans les mains: Portez des gants lorsque vous cuisinez, utiliser le four ou faites la vaisselle. ^{1,2}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	À la maison : Assurez-vous que les couloirs sont dégagés. ¹ Utilisez une douche antidérapante ou un tapis antidérapant dans la baignoire. ^{1,2} Enlevez les carpettes sur lesquelles vous pourriez vous accrocher les pieds. ^{1,2}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous marchez sur un sol inégal, essayez de regarder par terre pour compenser le manque de sensation dans vos jambes et vos pieds. ¹
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour toute neuropathie : Pour éviter les brûlures en raison d'une sensibilité diminuée, réduire la température de votre chauffe-eau. Utilisez un thermomètre pour vérifier si la température de l'eau du bain ou de la douche est < 110 °F/43 °C. ^{1,2}
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez d'exposer vos doigts et orteils à des températures très froides. ¹
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour éviter les vertiges, essayez de balancer vos jambes avant de vous mettre debout. ¹
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez beaucoup de fibres et de liquides pour éviter la constipation . ^{1,3}
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes urinaires : essayez de vider votre vessie aux mêmes heures tous les jours, de rééducation votre vessie (exercices) et de boire suffisamment. ¹
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez l' acupuncture , l'acupression, les massages, le yoga, la relaxation ou l'imagerie mentale dirigée ou visualisation. ^{1,3,5,6,21,22}

5. 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

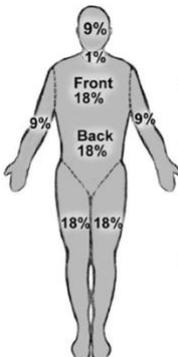
Références : 1) BCCA 2018; 2) ONS 2019; 3) NCCN 2023; 4) CCO 2018; 5) AHS 2019... (références complètes : pages 42-55)

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.¹⁻¹⁰
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 cutanée¹⁻¹⁶

Parlez-moi de votre éruption cutanée (endroit, apparition, allure):^{11,13} _____

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre éruption cutanée? (0=« Pas d'éruption »; 10=« Pire éruption possible ») ^{13,17}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Votre éruption cutanée vous inquiète-t-elle? ¹³	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)? ^{5-7,11,13,18}						
Partie du corps de l'adulte						
Bras	9 %	<10 % SC ^{G1}		<input type="checkbox"/>	10 à 30 % SC ^{G2}	
Tête	9 %			<input type="checkbox"/>	>30 % SC ^{≥3}	
Cou	1 %			<input type="checkbox"/>		
Jambe	18 %			<input type="checkbox"/>		
Tronc antérieur	18 %			<input type="checkbox"/>		
Tronc postérieur	18 %			<input type="checkbox"/>		
→ L'éruption cutanée est-elle localisée ou généralisée? ^{1-4,8-10,12,15,16}		<input type="checkbox"/>	<10 % SC ^{G1}	<input type="checkbox"/>	>10 % SC ^{G≥2}	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des ampoules ou plaies ouvertes? ^{1,3-8,15,16}	Non	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous brûlure ou douleur à l'endroit de l'éruption? ^{1,2,5-7,11,13}	Non/léger 0 à 3	<input type="checkbox"/>	Modéré 4 à 6	<input type="checkbox"/>	Grave 7 à 10	<input type="checkbox"/>
Est-ce que l'éruption démange? ¹⁻¹⁶	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
La zone touchée est-elle enflée ou tendue? ^{1-4,10,11,13}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous déjà eu une éruption cutanée de ce type? ^{1-3,9,14-16}	Non/ contrôlée par traitement	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Oui, pas réagi au traitement	<input type="checkbox"/>
Votre éruption interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes? ^{1-9,11-15}	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^{1-12,14-16}

<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 semaines.	<input type="checkbox"/> Aiguillez vers des soins médicaux d'urgence et avisez si le patient suit une immunothérapie.
---	---	---

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)¹⁻¹⁶

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) ¹⁻¹⁶		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antihistaminiques ou antiprurigineux (diphénhydramine hydroxyzine, cétirizine, loratidine) ^{1-5,8-10,12,14,15}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Corticostéroïdes oraux (prednisone, méthylprednisolone) ^{1-12,14-16}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antibiotiques pour l'infection, ou prophylaxie ^{4-7,11-13,15}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Prophylaxie : crème avec vitamine K ⁵		Avis d'expert

* Utiliser avec parcimonie la crème à faible teneur en corticostéroïde.¹ Les stéroïdes topiques plus puissants sont préférables pour une utilisation à court terme (quelques jours à quelques semaines) dans le cas de dermatites liées à l'immunité, comparativement à une utilisation à plus long terme (plusieurs semaines à plusieurs mois) de stéroïdes moins puissants.²

4. Discutez des stratégies d'autosoins¹⁻¹⁶

- **Qu'est-ce qui vous aide?**^{9,13} Renforcer si approprié.
- Quel est votre **objectif?**
- Avez-vous consulté ou parlé à un **dermatologue?**^{1,2,4,7-9,11-16}
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez le soleil et protégez votre peau avec de la crème solaire et des vêtements. ^{3-8,12-14}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez les irritants cutanés (crèmes à base d'alcool ou de parfum, les médicaments contre l'acné en vente libre, les vêtements lavés au détergent parfumé, des vêtements trop serrés ou des tissus irritants comme la laine). ^{1,3,5-7,9,13,14}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez une crème hydratante (à base d'urée) tous les jours. ^{1,3-6,8-15}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez un bain d'avoine pour calmer les démangeaisons. ⁴
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez votre douche tiède et utilisez un savon doux sans parfum . ^{5-7,12,13} Éviter l'eau chaude et les longs bains
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour les démangeaisons, utilisez une compresse froide . ⁴

5. 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 1 à 2 semaines si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme.

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

Références : 1) ASCO 2021; 2) NCCN 2023; 3) ESMO 2022; 4) CCO 2018... (Références complètes : pages 42-55).

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. Les réactions cutanées induites par le rayonnement peuvent varier d'une rougeur et d'un noircissement de la peau, lesquels évoluent généralement vers une desquamation sèche provoquant des démangeaisons et un amincissement de la peau. Les plaies ouvertes peuvent suinter, ce qui les rend humides.^{1,2}

1. Évaluation de la gravité de la radiodermite¹⁻¹²

Localisation des réactions cutanées : ³

Ampleur des réactions cutanées ³

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 » ^{3,13}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Vos réactions cutanées vous inquiètent-elles?	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Votre peau est-elle rouge? ^{1-3,5-10}	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Pâle/terne	<input type="checkbox"/>	Sensible/ luisante, nécrosée	<input type="checkbox"/>
Votre peau pèle-t-elle (flocons)? ^{1-3,6-8,14}	Non/ sèche ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Par plaques, humides ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Généralisé, humide ^{G3}	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il de l'enflure autour de la région cutanée en réaction? ^{1,3,6,8}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, œdèmes	<input type="checkbox"/>
La région cutanée en réaction fait-elle mal? ^{1-3,5-7,10-12}	Non/léger 0 à 3	<input type="checkbox"/>	Modéré 4 à 6	<input type="checkbox"/>	Grave 7 à 10	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une démangeaison à l'endroit de la réaction? ^{1,3,5,6,10-12,14}	Non/Léger ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Oui, fort ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Oui, constamment ^{G3}	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des plaies ouvertes ou suintantes? ^{1,3,5,6,8}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
La zone de réaction a-t-elle une odeur particulière? ^{1,3}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui, forte/mauvaise	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des saignements? ^{3,5}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui, d'un trauma léger	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la fièvre? >38° C? ³ <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous commencé une nouvelle médication? ³	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Votre réaction cutanée interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes? ^{2-5,7,9,11,12}	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^{3,5-7}

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

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

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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)^{1,3-7,10-12}

Usage actuel	Exemples de médicaments pour les réactions cutanées	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Crème à faible dose de corticostéroïdes ^{1,3-7,10}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Infection : Crème de sulfadiazine d'argent (Flamazine) ^{1,3,4}		Probablement efficace
<input type="checkbox"/>	Plaies ouvertes : pansements hydrocolloïdes et hydrogels ^{1,3-5}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Desquamation humide : pansements de silicone ^{1,3,4,6,7}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Infection : antibiotiques topiques ^{1,3,6}		Avis d'expert

* Les données sont insuffisantes pour démontrer ou réfuter l'utilité d'autres agents topiques spécifiques (c.-à-d., crème de sucralfate,⁴ crème de camomille,⁴ antihistaminiques oraux,⁴ huile d'émou,^{4,5} curcumine orale,^{4,11} crèmes non stéroïdiennes spécialisées (ex., Cavilon^{4,5,7})).

Crème à faible teneur en corticostéroïdes à utiliser avec parcimonie sur la peau intacte.^{1,3,6,7} Évitez la sulfadiazine (**Flamazine**) d'argent si allergique aux sulfamides, historique de maladie rénale ou hépatique grave ou pendant la grossesse.³ Les pansements hydrocolloïdes et hydrogels ne sont pas recommandés pour les plaies infectées ou à exsudat abondant, ni pour application juste avant un traitement.^{1,3} Le Biafine®,^{4,5,7,12} onguent au calendula,^{4,5} et l'aloès^{1,4,5,7} ne sont pas recommandés pour le traitement des réactions cutanées dues aux radiations.

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-6,8,9}

- Lorsque vous avez une réaction cutanée, **qu'est-ce qui vous aide?**³ Renforcez si pertinent.
- Quel est votre **objectif?**³
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer?^{1,3,6} Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez des douches tièdes ou de vous immerger dans un bain tiède avec du savon doux sans parfum, puis de vous assécher en tapotant (sans frotter). ^{1,3,8,9}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez la gelée de pétrole , les produits à base d'alcool et les produits parfumés. ^{1,3,4,6} Utilisez des crèmes non parfumées sur une peau intacte. ^{1,3,5,6,8}
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portez des vêtements amples (par exemple, des tissus doux et respirants comme le coton). ^{1,3,8,9}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisez le déodorant uniquement sur une peau intacte. ^{1,3,5,8} Cessez l'utilisation en cas d'irritation de la peau, de formation de cloques ou de desquamation.
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliser un rasoir électrique plutôt qu'un rasoir à main pour le rasage. ^{1,3} Cessez de vous raser si la région devient irritée.
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez la cire et autres crèmes épilatoires ³
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez le talc, la poudre pour bébé et la fécule de maïs , en particulier sur les zones de traitement. Ces produits favorisent la croissance des champignons et les infections. ^{1,3}
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez une douche après avoir nagé dans des piscines et des lacs. Évitez de vous baigner si la peau présente des cloques, une desquamation ou une irritation. ^{1,3,8}
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez les températures extrêmes (blocs réfrigérants ou « ice pack », coussin chauffant). ^{1,3} Protégez la zone de traitement contre le soleil et le froid . ^{3,8}
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la zone de réaction démange, utilisez des compresses salines ordinaires chaudes ou à température ambiante jusqu'à 4 fois par jour . ^{1,3}
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez les traumatismes à la région traitée en évitant tout pansement adhésif, en évitant de frotter ou de gratter la peau et en portant des vêtements amples. ^{1,3}
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adoptez un régime alimentaire équilibré comprenant des fruits, des légumes, des céréales complètes et des protéines maigres, et buvez 6 à 8 verres par jour . ^{1,3,8}

5. 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) CCMB 2018; 2) Aguiar 2021; 3) BCCA 2018; 4) MASCC 2023... (Références complètes : pages 42-55).

Les troubles du sommeil : guide de pratique d'évaluation

Troubles du sommeil : Altération réelle ou perçue du sommeil nocturne entraînant un dysfonctionnement diurne.¹⁻⁴

1. Évaluation de la gravité des troubles du sommeil¹⁻⁵

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 » ^{1,2,4-6}	1 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous préoccupé par les changements de votre sommeil? ^{1,2,4,5}	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous de la difficulté à vous endormir? ^{1,2,4,5}	<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? ^{1,2,4,5}	<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? ^{1,2,4,5}	<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? ^{2,4,5} Décrivez le changement de rythme du sommeil.	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? ¹⁻⁵ Décrivez :	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Prenez-vous des médicaments qui affectent le sommeil (opiacés, stéroïdes, sédatifs, etc.) ²⁻⁵	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)? ¹⁻⁵	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres symptômes? ¹⁻⁵ <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 chaleur, <input type="checkbox"/> Démangeaisons cutanées, <input type="checkbox"/> Essoufflement	Aucun	<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^{1-3,5}

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

Passez en revue les autosoins
 Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu
 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 4.12).
 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, remèdes traditionnels et suppléments de plantes médicinales)¹⁻⁴

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 [®]), diazépam, (Valium [®]), alprazolam (Xanax [®]) ²⁻⁴		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Hypnotiques sans benzodiazépines : Zolpidem (Ambien [®]) ¹⁻⁴		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs tricycliques : Amitriptyline (Elavil [®]) ²⁻⁴		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Neuroleptiques : chlorpromazine (Thorazine [®] , Ormazine [®]) ^{2,4}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Suppléments à base de plantes (mélatonine, kava, valériane) ²⁻⁴		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Agonistes des récepteurs de mélatonine : rameltéon (Rozerem [®]) ⁴		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Trazadone (Desyrel [®]) ²⁻⁴		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antihistaminiques : diphenhydramine (Benadryl [®]), hydroxyzine (Atarax [®]) ^{2,4}		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Antipsychotiques : quétiapine (Seroquel [®]) ²⁻⁴		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.¹⁻⁴ Personnes âgées : éviter les antidépresseurs tricycliques.² Opter pour les antipsychotiques en dernier recours.^{2,4}

4. Discutez des stratégies d'autosoins^{1-5,7-14}

- Lorsque vous avez des troubles de sommeil, **qu'est-ce qui vous aide**?^{2,5} Renforcez si pertinent.
- **Que visez-vous** en matière de sommeil (est-ce réaliste, p. ex. 6-10 heures/nuit)?^{2,5}
- Si vous avez **d'autres symptômes**, ceux-ci sont-ils sous contrôle?^{2,3,5}
- Si pertinent, comprenez-vous **les effets qu'ont certains médicaments sur le sommeil**?^{2,3,5} Sinon, expliquez ces effets.
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Effectuez le suivi de vos habitudes de sommeil dans un journal . ^{1,2,5}
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez de vous coucher et de vous lever aux mêmes heures tous les jours. ¹⁻⁵
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez de vous exposer à la lumière peu après vous être éveillé. ^{1,2,4,5}
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez de vous éclaircir les idées en début de soirée (résoudre les problèmes, noter un plan). ^{1,2,4,5,7}
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Établissez une zone tampon de 90 minutes avant d'aller au lit (lecture, télé, mots croisés, relaxation, musique, yoga, respiration profonde, méditation, relaxation musculaire/visualisation, aromathérapie). ^{1-5,8,9}
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allez au lit lorsque vous avez sommeil . ^{1-3,5} Si vous ne vous endormez pas après 20 à 30 minutes, levez-vous et ne retournez au lit que lorsque vous avez sommeil.
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limitez l'usage de la chambre à coucher au sommeil et au sexe . ^{1,2,5}
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limitez les siestes dans la journée. ¹⁻⁵ Au besoin, se limiter à une sieste (20 à 30 minutes) et au moins quatre heures éveillé avant le coucher.
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurez-vous d'avoir un environnement de sommeil confortable . ^{1-5,7} Proposez d'enlever le réveil-matin et d'éviter les écrans d'ordinateur. Si l'environnement est trop bruyant ou illuminé, utilisez des bouchons d'oreilles ou un masque .
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Effectuez de l'exercice régulièrement. ^{1-5,7,10}
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limitez la caféine en après midi, le tabac et l'alcool, les repas épicés ou lourds, trop boire, et les activités intenses avant le coucher. Si vous avez faim, il est préférable de prendre une collation riche en protéines. ^{1-4,7}
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez une thérapie, comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou eu des consultations individuelles, pour vous aider à gérer vos troubles de sommeil. ^{1-5,11}
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez l'acupression ou l'acuponcture. ^{7,12-14}

5. 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 2 à 3 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme	
Nom	Signature	Date

Références : 1) ONS 2019; 2) BCCA 2019; 3) AHS 2019; 4) NCI 2024; 5) CCO 2022... (références complètes : pages 42 à 55).

Difficulté à avaler : guide de pratique d'évaluation (NOUVEAU)

La difficulté à avaler, ou la dysphagie, se manifeste au passage de la nourriture ou de la boisson de la bouche à l'estomac, en passant par l'œsophage. Elle peut également se manifester par une sensation d'aliments coincés dans la gorge ou la poitrine.¹

1. Évaluation de la gravité de la difficulté à avaler¹

Veillez indiquer le chiffre de 0 à 10 qui décrit le mieux votre difficulté à avaler (0= « Aucune difficulté »; 10= « Pire difficulté »). ¹	0 à 3	<input type="checkbox"/>	4 à 6	<input type="checkbox"/>	7 à 10	<input type="checkbox"/>
Votre difficulté à avaler vous inquiète-t-elle? ¹	Non/Peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>		
Combien avez-vous mangé ou bu au cours des dernières 24 heures? ^{1,2}	À peu près ma quantité habituelle ^{G1}	<input type="checkbox"/>	Environ la moitié de ma quantité habituelle ^{G2}	<input type="checkbox"/>	Peu ou pas ^{G3}	<input type="checkbox"/>
Combien de temps mettez-vous à manger un repas moyen? ¹	< 30 minutes	<input type="checkbox"/>	Environ 30 minutes	<input type="checkbox"/>	>60 minutes ou incapable d'avaler	<input type="checkbox"/>
Les aliments restent-ils coincés dans votre gorge lorsque vous avalez? ¹	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avaler vous demande-t-il un grand effort? ¹	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés à avaler des pilules? ¹	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Toussez-vous ou vous étouffez-vous lorsque vous mangez?	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu du poids à cause de problèmes de votre difficulté à avaler? ¹	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Toussez-vous ou vous étouffez-vous lorsque vous buvez? ¹	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous souvent du réflexe nauséux ou de salivation excessive? ¹	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on récemment diagnostiqué une pneumonie par aspiration (fièvre, essoufflement, sensation de malaise, modification de la quantité/couleur du mucus)? ¹	Non	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous: ¹ <input type="checkbox"/> Sécheresse buccale, <input type="checkbox"/> Anxiété	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 élevée¹

<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.
---	--	---

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 ses difficultés à avaler, y compris les médicaments sous ordonnance, en vente libre, remèdes traditionnels et/ou les suppléments à de plantes médicinales.¹

Usage actuel	Exemples de médicaments pour la difficulté à avaler	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Données probantes
<input type="checkbox"/>	Analgésiques 30 à 40 minutes avant les repas ¹		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Anesthésique local 5 à 10 minutes avant les repas en cas de déglutition douloureuse ¹		Avis d'expert

Les anesthésiques locaux utilisés pour soulager la douleur à court terme peuvent rendre la déglutition difficile; s'ils sont utilisés, les patients doivent être informés du risque accru d'étouffement lorsqu'ils mangent.

4. Discutez des stratégies d'autosoins¹

- Lorsque vous avez de la difficulté à avaler, **qu'est-ce qui vous aide?**¹ Renforcez si pertinent. Précisez :
- Quel est votre objectif?¹
- Avez-vous consulté ou parlé à un **diététicien** ou un orthophoniste?¹
- Si vous aviez **plus d'information** sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? ¹ Si oui, donnez de l'information ou proposez des ressources.

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou information transmise	Le patient accepte d'essayer	Voici quelques éléments qui pourraient s'avérer utiles...
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mangez des aliments plus faciles à avaler (ex., des aliments cuits très mous, ajoutez de la sauce). ¹
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez les aliments solides secs , les noix, les pelures, les légumes à feuilles. ¹
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous mangez et buvez, tenez-vous droit (90 degrés), limitez les distractions et les conversations, mangez lentement en prenant de petites bouchées ou en buvant des liquides, avalez deux fois par bouchée, prenez une gorgée de liquide pour dégager les aliments qui restent coincés dans votre gorge, et avalez vigoureusement, avec de l'effort (en vous asseyant confortablement avec la bouche détendue, en pressant la langue contre le palais aussi fort que possible, et avec la langue dans cette position, en pressant les lèvres l'une contre l'autre et en avalant aussi fort que possible). ¹
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez de vous brosser les dents au moins deux fois par jour à l'aide d'une brosse à dents souple (utilisez un bâtonnet d'éponge dans de l'eau salée ou de soda en cas de lésions). Passez la soie dentaire si vous en avez l'habitude, sans douleur. ¹
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez d'utiliser un rince-bouche neutre 4 fois par jour. (ou plus souvent en présence d'ulcérations). 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. Rincez-vous la bouche pendant au moins 30 secondes et recrachez. Préparer journalièrement. ¹

5. Documentation du plan d'action convenu avec le patient (cochez tout ce qui s'applique)

- Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent).
- 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)?
- Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez :
- Référence à (service et date) :
- Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai :
- Demandez au patient de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme

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

Références : 1) CCO 2021; 2) NCI-CTCAE 2017 (références complètes : pages 42 à 55)