



## MON DIAGNOSTIC

Le nom de mon **oncologue** est: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nom de mon **infirmier/ère** ou d'un autre membre du personnel soignant: \_\_\_\_\_

À quel point la **tumeur** s'est-elle propagée? \_\_\_\_\_

Comment savoir à quelle vitesse elle grandit? \_\_\_\_\_

Où la **tumeur** s'est-elle propagée? (cocher toutes les options qui s'appliquent)

Cerveau     Os     Système lymphatique     Foie     Poumon     Autre

La **tumeur** occasionnera-t-elle des **symptômes**?

\_\_\_\_\_

Quels examens doivent être effectués maintenant et combien de temps cela prendra-t-il?

\_\_\_\_\_

Quel **type de cancer du sein** ai-je? (cocher toutes les options qui s'appliquent)

Positif aux récepteurs hormonaux     Négatif aux récepteurs hormonaux

HER2 positif     HER2 négatif

Triple négatif

Qu'est-ce que cela signifie pour mon traitement?

\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà traité ce type de **cancer**?

\_\_\_\_\_

Selon vous, que dois-je savoir de plus sur ce cancer?

\_\_\_\_\_



## MON TRAITEMENT

Quels médicaments devrai-je prendre? \_\_\_\_\_

Quels sont les **effets secondaires** possibles? \_\_\_\_\_

Y a-t-il quelque chose que je puisse manger ou boire avant et après le traitement afin de soulager les **vertiges**, les **diarrhée** ou d'autres **effets secondaires** ?

\_\_\_\_\_

Que puis-je faire pour mieux gérer la fatigue due au cancer ou au traitement ?

\_\_\_\_\_

J'ai peur de **perdre mes cheveux**. Y a-t-il quelque chose que je puisse faire pour éviter cela ?

\_\_\_\_\_

Combien de fois devrai-je me soumettre au **traitement** ?

\_\_\_\_\_

Aurai-je besoin de perfusions intraveineuses ?

\_\_\_\_\_

Combien de temps dois-je prévoir pour les séances ?

\_\_\_\_\_

Quand et comment évaluerez-vous la progression de ma maladie ?

\_\_\_\_\_

Devrai-je me soumettre à une **radiothérapie** ou à une **intervention chirurgicale** ?

\_\_\_\_\_

Que dois-je savoir et prendre en compte si je participe à une **étude clinique** ?

\_\_\_\_\_



## MES ÉMOTIONS

Y a-t-il dans ce cabinet ou cette clinique une personne susceptible de m'aider en cas d'**états anxieux** ou de **dépression** ?

---

Y a-t-il un ou une **psycho-oncologue** ou un **conseiller**/une **conseillère** ayant de l'expérience dans le traitement du cancer du sein métastatique en mesure de m'aider ?

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Est-il possible d'obtenir le nom d'une personne travaillant dans un service d'assistance s'adressant aux personnes atteintes de **CSM\*** ?

---

Quels **groupes d'entraide** destinés aux femmes atteintes d'un **CSM** existent dans la région ?

---

Existe-t-il d'autres moyens d'entrer en contact avec d'autres femmes atteintes de CSM ?

---

Y a-t-il des **personnes en mesure de me conseiller** capables de m'aider à parler à ma famille ?

---

Ces prestations sont-elles prises en charge par ma **caisse-maladie** ?

---

\* «CSM» signifie «cancer du sein métastatique».



## MA SANTÉ

Je me préoccupe de mon alimentation. Avez-vous un ou une **spécialiste de la diététique** qui travaille avec les personnes prenant des médicaments contre le cancer et suivant une **chimiothérapie** ?

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Y a-t-il quelque chose que je puisse faire pour me sentir mieux/moins faible ?

\_\_\_\_\_

Existe-t-il des thérapies **complémentaires** ou des centres spécialisés travaillant avec des personnes atteintes de cancer que vous pouvez me recommander ?

\_\_\_\_\_

Quelles **personnes spécialisées dans les médecines complémentaires** collaborent avec votre clinique ou votre cabinet médical ?

\_\_\_\_\_



## MES RELATIONS

Pouvez-vous me dire comment faire part de mon **diagnostic** aux autres ?

---

Pouvez-vous m'orienter vers un ou une pédopsychiatre ayant de l'expérience avec les familles devant faire face à des maladies en phase terminale ?

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Pouvez-vous me fournir du matériel d'information ou des brochures sur l'importance du **diagnostic** pour ma famille ?

---

Le traitement affectera-t-il ma **vie sexuelle** ?

---



## MON TRAVAIL

Selon vous, combien de temps serai-je capable de **travailler pendant le traitement** ?

---

Quand saurai-je si je répons au **traitement** ? Après le premier traitement ou plus tard ?

---

Y aura-t-il des moments où je me sentirai mieux et où je pourrais travailler si je le souhaitais ?

---

Comment les personnes dans ma situation gèrent-elles habituellement leur **travail** ?

---

## NOTES

Qu'est-ce que j'ai appris ?

---

---

---

Qu'est-ce qui compte pour moi ?

---

---

---

Quelles sont mes questions ?

---

---

---