



**Projet pancanadien de triage des symptômes et d'aide à distance en oncologie
(COSTaRS: Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support)**

**Protocoles d'évaluation à distance des symptômes
pour les personnes suivant des traitements contre le cancer**

Mars 2012

Copyright

Nous avons conçu les Protocoles d'évaluation à distance des symptômes pour les personnes suivant des traitements contre le cancer du projet COSTaRS pour qu'ils puissent s'utiliser partiellement ou intégralement, selon les besoins. Il est donc permis de les reproduire sans permission, à condition de citer adéquatement leur source comme suit :

Stacey, D. pour le comité d'orientation de Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS). Protocoles d'évaluation à distance des symptômes pour les personnes suivant des traitements contre le cancer. École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et la Corporation du Partenariat canadien contre le cancer, Ottawa, Ontario, Canada, mars 2012.

Si vous traduisez ce matériel dans une langue autre que l'anglais ou le français, prière d'en informer Dawn Stacey, IA, PhD, Université d'Ottawa.

AVERTISSEMENT

Les Protocoles d'évaluation à distance des symptômes pour les personnes suivant des traitements contre le cancer du projet COSTaRS sont conçus pour être utilisés par des infirmières autorisées formées à cet effet. Ils fournissent une orientation générale sur les tenants de la pratique, et leur utilisation est assujettie au jugement clinique des infirmières autorisées au cas par cas. Les Protocoles d'évaluation à distance des symptômes pour les personnes suivant des traitements contre le cancer du projet COSTaRS sont conçus pour fournir l'information nécessaire à la prise de décision et ne tiennent pas lieu de règlement absolu. Les personnes qui utilisent ce document doivent déterminer elles-mêmes ce qui constitue des pratiques cliniques sécuritaires et appropriées dans les cas particuliers. Bien qu'ils aient tout fait pour faire en sorte que ce document reflète l'état des connaissances générales et le consensus des experts sur la pratique dans ce domaine à la date de publication, le comité d'orientation de COSTaRS et la Corporation du Partenariat canadien contre le cancer n'offrent aucune garantie quant au contenu ou aux renseignements présentés dans ce document et déclinent toute responsabilité relativement aux erreurs ou omissions qui auraient pu s'y glisser, que celles-ci aient un caractère négligent ou autre.

Comité de COSTaRS

Directeur:

Dawn Stacey RN, PhD CON(C), Université d'Ottawa, Ontario

Les membres du comité

Debra Bakker Inf, PhD, Université de Laurentia, Ontario
Lorna Butler Inf, PhD, Université de Saskatchewan, Saskatchewan
Kim Chapman Inf, MSc(N), Horizon Health Network, Nouveau-Brunswick
Dauna Crooks Inf, DNSc, Université de Manitoba, Manitoba
Greta Cummings Inf, PhD, Université d'Alberta, Alberta
Esther Green Inf, MSc(T), Action Cancer Ontario, Ontario
Doris Howell Inf, PhD, Université de Toronto, Ontario
Craig Kuziemsky PhD, Ecole de gestion Telfer, Université d'Ottawa, Ontario
Gail Macartney, Inf (EC), MSc(A), ACNP, CON(C), Université de Queen's, Ontario
Katie Nichol Inf, MScN(c), CON(C), Université d'Ottawa, Ontario
Brenda Sabo Inf, MA, PhD, Université de Dalhousie, Nouvelle-Ecosse
Myriam Skrutkowski Inf, MSc, CON(C), Centre Universitaire de sante McGill, Québec
Ann Syme Inf, MSN, PhD, Université de Victoria, Colombie-Britannique
Tracy Truant Inf, MSN, Université de Colombie-Britannique, Colombie-Britannique
Carolyn Tayler Inf, BN, MSA, CON(C), Fraser Health, Colombie-Britannique

Equipe de CAN-IMPLEMENT©, Partenariat Canadien Contre le Cancer

Margaret Harrison Inf, PhD, Université de Queen's, Ecole des sciences infirmières, Kingston, ON
Val Angus BA, Université de Queen's, Ecole des sciences infirmières
Meg Carley BSc, Université de Queen's, Ecole des sciences infirmières
Kirsten Dean Inf, BA, BScN, Université de Queen's, Ecole des sciences infirmières
Victoria Donaldson BA, Université de Queen's, Ecole des sciences infirmières
Janice McVeety Inf, MHA, Université de Queen's, Ecole des sciences infirmières
Amanda Ross-White BA, MLIS, Université de Queen's, Ecole des sciences infirmières
Joan van den Hoek BNSc, Université de Queen's, Ecole des sciences infirmières

Présentation et élaboration des protocoles d'évaluation

La gestion des symptômes liés au traitement du cancer est un enjeu sécuritaire important, étant donné que ces symptômes peuvent s'avérer mortels et qu'ils se manifestent souvent lorsque le patient est à la maison. Selon notre recherche précédente, 88 % des programmes ontariens de lutte contre le cancer offrent une aide à distance, que ce soit par téléphone ou par courriel. Bien que la prestation de services téléphoniques d'excellente qualité nécessite l'utilisation de protocoles d'évaluation des symptômes afin de réduire le risque, nos deux études ont démontré que l'accès à ces protocoles varie, tout comme leur application. Les lignes directrices pour la pratique clinique disponibles et portant sur un symptôme unique ne sont pas formulées pour un usage téléphonique et les protocoles d'évaluation à distance en usage ne s'y réfèrent pas. Avec l'aide du Partenariat canadien contre le cancer, nous avons mis sur pied, pour élaborer 13 protocoles d'évaluation des symptômes, un comité pancanadien d'orientation où huit provinces étaient représentées.

Pour rédiger ces protocoles, nous avons adopté une approche systématique encadrée par la méthodologie CAN-IMPLEMENT^{3,4}.

1. Nous avons mis sur pied un comité d'orientation pancanadien du programme Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS). Plusieurs provinces y sont représentées. Il se compose de chercheurs, d'un chercheur en systèmes informatiques, d'un bibliothéconome, d'une infirmière en pratique avancée et d'infirmières haut gradées.
2. Pour *chaque symptôme*, nous avons effectué une revue systématique de la littérature afin de recenser les lignes directrices pour la pratique clinique publiées depuis 2002. Deux de ces lignes directrices (fatigue et anxiété/dépression) avaient été rédigées par des comités pancanadiens à la suite de démarches rigoureuses.^{5,6} Ces documents constituent une synthèse des meilleures données probantes disponibles; ils servent à soutenir la prise de décision dans la pratique médicale et l'élaboration de politiques en matière de santé.⁷ Néanmoins, les documents identifiés ne convenaient pas à un contexte d'aide à distance.
3. Nous avons élaboré 13 protocoles d'évaluation de symptômes, à partir des lignes directrices de pratique clinique recensées (entre 1 et 7 documents par protocole, médiane de 3). En tout, nous avons recensé >40 lignes directrices de pratique, dont nous avons évalué la qualité à l'aide de l'instrument AGREE (les notes pour la rigueur variaient entre 11% et 87 %).⁸ Plus la note pour la rigueur est élevée, plus nous sommes convaincus qu'on a tenu compte des biais possibles dans l'élaboration de la ligne directrice et plus nous sommes convaincus de sa validité (interne et externe) et de son applicabilité en pratique.⁹ Pour élaborer les protocoles, nous avons respecté les principes suivants :
 - répondre aux critères de la sous-échelle « rigueur » d'AGREE (lignes directrices explicites, liées à des données probantes, fondées sur une revue systématique et validées par des experts);
 - ajouter les questions pertinentes provenant de l'Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), un instrument de triage fiable et valide, utilisé couramment dans les programmes canadiens pour identifier les symptômes des patients cancéreux;^{10,11}
 - améliorer l'applicabilité du protocole au contexte d'une aide à distance et prévoir son intégration à un dossier médical électronique;
 - utiliser un langage clair qui facilitera la communication entre les infirmières utilisant ces protocoles, les patients et leur entourage.

Chaque protocole d'évaluation des symptômes fait cinq recommandations à l'infirmière : a) évaluer la gravité du symptôme; b) trier le patient (gestion du symptôme) en fonction de la gravité la plus élevée; c) vérifier la médication prise pour le symptôme; d) vérifier les stratégies d'autogestion (présentées en utilisant des techniques d'entrevue motivationnelle¹²); e) résumer et documenter le plan d'action convenu avec le patient.

4. Nous avons testé l'applicabilité des protocoles auprès d'infirmières en oncologie, ce qui nous a permis de découvrir qu'ils sont faciles à lire, qu'ils fournissent la quantité idéale d'information, qu'ils utilisent les termes appropriés, qu'ils sont susceptibles de bien s'intégrer au déroulement du travail clinique et qu'ils proposent d'excellentes stratégies d'autogestion.
5. Nous avons demandé à des experts en oncologie répartis à travers le pays de passer en revue les 13 protocoles. Ils ont validé leur contenu et souligné le besoin pour chaque établissement de les adapter et de les intégrer aux approches actuellement utilisées pour gérer l'évaluation à distance des symptômes.

En résumé, nous avons élaboré 13 protocoles conviviaux d'évaluation à distance des symptômes en nous fondant sur une synthèse des meilleures données probantes disponibles², puis nous les avons fait valider par des infirmières en oncologie et nous les avons rédigés dans une langue simple, afin d'en faciliter l'utilisation auprès des patients. Maintenant disponibles, ces protocoles peuvent servir aux pratiques courantes d'aide à distance.

Les références:

- (1) Harrison MB, Legare F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Canadian Medical Association Journal* 2010; 182(2):E78-E84.
- (2) Harrison MB, van den Hoek J, for the Canadian Guideline Adaptation Study Group. CAN-IMPLEMENT[®]: A Guideline Adaptation and Implementation Planning Resource. 2010. Kingston, Ontario, Queen's University School of Nursing and Canadian Partnership Against Cancer.
- (3) Howell D, Keller-Olaman S, Oliver TK, et al. A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Cancer-Related Fatigue in Adults with Cancer. *Canadian Partnership Against Cancer: The National Advisory Working Group on behalf of the Cancer Journey Portfolio*. In press 2012.
- (4) Howell D, Currie S, Mayo S, Jones G, Boyle M, et al. A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the adult cancer patient. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology; 2009.
- (5) Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implementation Science* 2011; 6(26):1-11.
- (6) The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org; 2001.
- (7) Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Canadian Medical Association Journal* 2010; 182(10):E472-E478.
- (8) Nekolaichuk C, Watanabe S, Beaumont C. The Edmonton Symptom Assessment System: a 15-year retrospective review of validation studies (1991-2006). *Palliative Medicine* 2008; 22(2):111-122.
- (9) Barbera L, Seow H, Howell D, Sutradhar R, Earle C, Liu Y et al. Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. *Cancer* 2010; 116(24):5767-5776.
- (10) Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2002.
- (11) Brouwers M, Stacey D, O'Connor A. Knowledge creation: synthesis, tools and product. *Canadian Medical Association Journal* 2010; 182(2):E68-E72.

Protocole d'évaluation de l'anxiété

Évaluation à distance, triage et gestion de l'anxiété chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

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 vie³; nervosité; inquiétude; crainte; appréhension.

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Date et heure




1. Évaluation du degré d'anxiété (données probantes : 2/2 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous l'anxiété que vous éprouvez?

Pas d'anxiété 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire anxiété possible ^{ESAS}

Vivez-vous des choses qui vous rendent plus anxieux? (Événements, nouvelle information sur le cancer ou le traitement, décision à prendre)? Oui Non Si oui, décrivez : _____

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ^{1,2,3} | 0 - 3 | <input type="checkbox"/> | 4 - 6 | <input type="checkbox"/> | 7 - 10 | <input type="checkbox"/> |
|--|--|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Ce degré d'anxiété perdure-t-il depuis 2 semaines ou plus? ² | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, toujours | <input type="checkbox"/> |
| Revivez-vous ou êtes-vous confronté à des événements qui accroissent votre anxiété (ex. : rêves, souvenirs)? ^{2,3} Décrivez. | Aucun/léger | <input type="checkbox"/> | Modéré | <input type="checkbox"/> | Grave | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous la proie d'attaques paniques, d'épisodes de peur subite, de malaise ou d'inquiétude intense? ^{2,3} Décrivez. | Aucun/léger | <input type="checkbox"/> | Modéré | <input type="checkbox"/> | Grave | <input type="checkbox"/> |
| L'anxiété interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes à la maison ou au travail? À quel degré? ² Décrivez. | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Un peu | <input type="checkbox"/> | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| L'anxiété nuit-elle à votre sommeil? À quel degré? ² | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Un peu | <input type="checkbox"/> | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Les facteurs suivants s'appliquent-ils à votre cas? (Encerclez les facteurs de risque) : en attente de résultats d'examen, soucis financiers, historique d'anxiété ou de dépression, maladie récurrente ou avancée, sevrage d'alcool ou de drogue, vivre seul, jeune (< 30 ans), pas d'activité physique)? ^{2,3} | Aucun | <input type="checkbox"/> | Quelques-uns | <input type="checkbox"/> | Plusieurs | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous (facteurs de risque de l'anxiété liés aux symptômes) : Fatigue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Essoufflement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Douleur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, consultez le protocole du symptôme approprié. | Aucun | <input type="checkbox"/> | Quelques-uns | <input type="checkbox"/> | Plusieurs, dont 1 ou plus noté grave | <input type="checkbox"/> |
| |  1 Léger | |  2 Modéré | |  3 Grave | |

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

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. | <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. Conseillez de rappeler 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"/> En présence d'un symptôme ou plus avec anxiété, consultez immédiatement un médecin. |
|---|---|--|

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires:

3. Vérification de toute la médication du patient pour l'anxiété (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2/2 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour l'anxiété | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Benzodiazépines : lorazépam (Ativan [®]), diazépam (Valium [®]), alprazolam (Xanax [®]) ^{2,3} | | Essai de contrôle randomisé et consensus |
| <input type="checkbox"/> | Antipsychotiques : halopéridol (Haldol [®]) ^{2,3} | | Essai de contrôle randomisé et consensus |
| <input type="checkbox"/> | Antihistaminiques : hydroxyzine (Atarax [®]) ^{2,3} | | Essai de contrôle randomisé et consensus |
| <input type="checkbox"/> | ISRS : fluoxétine (Prozac [®]), sertraline (Zoloft [®]), paroxétine (Paxil [®]), citalopram (Celexa [®]), fluvoxamine (Luvox [®]), escitalopram (Lexapro [®]) ^{2,3} | | Revue systématique |

*L'usage d'antidépresseurs dépend des profils d'effets secondaires des médicaments et du risque d'interaction avec les autres médicaments.

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 2/2 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|-----------------------------|--|------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous êtes anxieux, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur votre cancer ou votre traitement, cela calmerait-il vos inquiétudes? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela calmerait-il vos inquiétudes? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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)? ² |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous partie de groupes d'aide ^{2,3} ou avez-vous des amis ou de la famille sur qui compter? |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé la relaxation, les techniques de respiration, la visualisation? ^{2,3} (revue systématique avec méta-analyse) |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé les massages thérapeutiques? ³ |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé une thérapie, comme la thérapie cognitivo-comportementale, ou eu des consultations individuelles afin de vous aider à gérer l'anxiété? ^{2,3} |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme |

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

- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J. Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.
- Howell D, Currie S, Mayo, S, Jones G, Boyle M, et al. (2009) A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the adult cancer patient. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology. (Note de rigueur AGREE : 85.4%)
- Sheldon LK, Swanson S, Dolce A, Marsh K, Summers J. (2008). Putting Evidence into Practice: Evidence-based interventions for anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 789-797. (Note de rigueur AGREE 37.5%)

Protocole d'évaluation des saignements

Évaluation à distance, triage et gestion des saignements chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

(ne pas utiliser pour les patients subissant une greffe de moelle osseuse)

Saignements : perte de sang, ecchymose ou pétéchie pouvant résulter d'une baisse en quantité ou en qualité fonctionnelle des plaquettes, d'une altération des facteurs de coagulation, d'un syndrome paranéoplasique ou de plusieurs de ces causes¹; hémorragie.

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Date et heure

1. Évaluation de la gravité des saignements (données probantes : 1/1 ligne directrice)

D'où saignez-vous? _____ Quelle quantité avez-vous perdue? _____

À quel point cela vous inquiète-t-il?

Pas inquiet 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|--------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Comment qualifieriez-vous votre saignement? ¹ | Mineur | <input type="checkbox"/> | Évident | <input type="checkbox"/> | Énorme | <input type="checkbox"/> |
| Note accordée par le patient (ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous des ecchymoses? ¹ | Non | <input type="checkbox"/> | Quelques-unes | <input type="checkbox"/> | Généralisé | <input type="checkbox"/> |
| Votre sang a-t-il eu de la difficulté à coaguler? <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Faites-vous de la fièvre? (> 38° C)? <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il du sang dans vos selles? Sont-elles noires? ¹ <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il du sang dans vos vomissures? Ressemblent-elles à du café moulu? ¹ <input type="checkbox"/> Pas de vomissements | Non | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Connaissez-vous votre dernier décompte de plaquettes? Date : <input type="checkbox"/> Incertain | ≥ 100 | <input type="checkbox"/> | 20-99 | <input type="checkbox"/> | < 20 | <input type="checkbox"/> |

1 Léger

2 Modéré

3 Grave

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1/1 ligne directrice)

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

En présence d'un symptôme ou plus avec saignements, consultez immédiatement un médecin.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute médication du patient pouvant affecter les saignements (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : consensus d'experts)

| Usage actuel | Médicaments | Notes (ex. : dose) | Type de données |
|--------------------------|---|--------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | acide acétylsalicylique (Aspirine [®]) | | Consensus d'experts |
| <input type="checkbox"/> | warfarine (Coumadine [®]) | | Consensus d'experts |
| <input type="checkbox"/> | Anticoagulants en injection - héparine, daltéparine (Fragmin [®]), tinzaparine (Innohep [®]), énoxaparine (Lovenox [®]) | | Consensus d'experts |

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 1/1 ligne directrice)

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

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

1. Damron, B.H., Brant, J.M., Belansky, H.B., Friend, P.J., Samsonow, S., & Schaal, A. (2009). Putting evidence into practice: Prevention and management of bleeding in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 13(5),573-583. (Note de rigueur AGREE 87%)
2. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J. Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.

Protocole d'évaluation de la dyspnée

Évaluation à distance, triage et gestion de la dyspnée chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

Dyspnée : Expérience subjective décrite comme une gêne respiratoire d'intensité variable.¹ 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, un halètement ou un essoufflement.

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la dyspnée (Données probantes : 1/3 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous votre difficulté à respirer?

Aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire difficulté possible ^{ESAS}

À quel point cette difficulté à respirer vous inquiète-t-elle?

Pas inquiet du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement inquiet

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ^{3,4} | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Quel est votre degré d'activité au moment où cette difficulté à respirer survient? | Activité modérée | <input type="checkbox"/> | Activité légère | <input type="checkbox"/> | Au repos | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous respirez? ³ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Votre respiration est-elle bruyante, sifflante ou embarrassée? ³ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Présentez-vous une nouvelle toux accompagnée de mucus ou de crachats? | 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"/> |
| Votre difficulté à respirer interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? (Décrivez). | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |



Léger



Modéré



Grave

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1/3 lignes directrices)

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

En présence d'un symptôme ou plus avec difficulté à respirer, consultez immédiatement un médecin.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la dyspnée (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2/2 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour la difficulté à respirer | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|---|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oxygène ^{1,2} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | salbutamol (Ventolin [®]), bronchodilatateurs ¹ | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Opioides à action rapide, à prise orale ou parentérale : morphine (Statex [®]), hydromorphone (Dilaudid [®]), Fentanyl ^{1,2,3} | | Revue systématique |

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 2/3 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|--|------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez de la difficulté à respirer, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé d'utiliser un ventilateur ou d'ouvrir une fenêtre pour augmenter la circulation de l'air sur votre visage? ¹ |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé d'adopter une posture droite susceptible de faciliter la respiration? ^{1,3} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous divers exercices de respiration (ex. : respiration diaphragmatique, respiration lèvres pincées)? ^{1,3} |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter l'air froid, l'humidité et la fumée de cigarette? ³ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de vous garder de l'énergie pour faire ce qui compte à vos yeux? ³ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé d'abaisser la température dans votre domicile? ^{1,3} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous disposez d'un fauteuil roulant, d'oxygène portatif ou d'un autre dispositif d'aide, vous en servez-vous pour vous aider à faire les activités qui rendent votre respiration difficile? ¹ |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé une thérapie comme la thérapie cognitivo-comportementale (relaxation, visualisation) pour vous aider à gérer vos difficultés respiratoires? ^{1,3} (Cela peut diminuer l'inquiétude anticipée en lien avec la dyspnée d'effort.) |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

- DiSalvo, W. M., Joyce, M. M., Tyson, L. B., Culkin, A. E., & Mackay, K. (2008). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for cancer-related dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 341-352. (AGREE Rigour score 87%);
- Dy, S. M., Lorenz, K. A., Naeim, A., Sanati, H., Walling, A. and Asch, S. M. (2008). Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *Journal of Clinical Oncology*, 26(23), 3886-3895. (AGREE Rigour score 51%)
- Cancer Care Ontario. (2010). Cancer Care Ontario's Symptom management guide-to-practice: Dyspnea. Retrieved from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>. (AGREE Rigour score 62.5%)
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J. Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.

Protocole d'évaluation de la constipation

Évaluation à distance, triage et gestion de la constipation chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Constipation : Réduction de l'évacuation de selles formées, caractérisée par des selles plus dures et plus difficiles à évacuer.¹

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la constipation (données probantes : 2/2 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre constipation?

Aucune constipation 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire constipation possible^{ESAS}

À quel point cette constipation vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|---------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ³ | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Combien de jours de retard avez-vous sur votre rythme normal pour aller à la selle? ² | ≤ 2 jours | <input type="checkbox"/> | 3 jours ou plus | <input type="checkbox"/> | 3 jours ou plus avec médication | <input type="checkbox"/> |
| Prenez-vous, en ce moment, des médicaments pour aider à soulager la constipation? | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, par intermittence | <input type="checkbox"/> | Oui, régulièrement | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous des douleurs abdominales? ² Décrivez. | Non/léger 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modéré 4-6 | <input type="checkbox"/> | Grave 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Votre ventre est-il anormalement gonflé? ² Semble-t-il anormalement dur? <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | De plus en plus | <input type="checkbox"/> | Beaucoup, rigide | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu des nausées, une perte d'appétit ou des vomissements? ^{1,2} | Non | <input type="checkbox"/> | Nausée, perte d'appétit | <input type="checkbox"/> | Vomissements | <input type="checkbox"/> |
| Si vous avez vomi, vos vomissures sentaient-elles les selles? ² <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous récemment subi une chirurgie abdominale? ² | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Votre sensibilité au toucher a-t-elle changé (engourdissement, picotements, sensation de brûlure)? | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| Faiblesse dans les bras ou les jambes? | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Changement à vos habitudes urinaires (incontinence, incapacité à vider votre vessie)? | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Votre constipation interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |

1 Léger

2 Modéré

3 Grave

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

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. Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.

En présence d'un symptôme ou plus avec constipation, consultez immédiatement un médecin.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la constipation (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 1/2 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour la constipation* | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | senné (Senokot®) ¹ | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | docusate sodique (Colace®) ¹ | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Suppositoires** (Dulcolax®/bisacodyl, glycérine) ¹ | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Golytely® ¹ | | Avis d'expert + données peu probantes |
| <input type="checkbox"/> | Lactulose ¹ | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | hydroxyde de magnésium (Lait de magnésie®) ¹ | | Avis d'expert |

*Considérez la possibilité d'une constipation due aux opioïdes. Les données sont limitées ou inadéquates pour ce qui est de la constipation liée aux traitements contre le cancer. ** Vérifiez la formule sanguine avant d'utiliser des suppositoires.

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 1/2 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|--|------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous êtes constipé, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quelles sont vos habitudes d'élimination? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire 8 verres de liquides, surtout tièdes ou chauds, par jour? ¹ |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous ajouté des fibres à votre alimentation? (Adéquat uniquement en présence d'une consommation adéquate de liquides et d'activité physique.) ¹ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour aller à la selle, disposez-vous d'un endroit calme, confortable et privé? ¹ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous accès facilement à une toilette ou à une chaise d'aisance, ainsi qu'aux dispositifs d'aide dont vous avez besoin (siège de toilette surélevé)? Si possible, évitez de recourir à une bassinette. ¹ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Évitez-vous le sirop de maïs non stérilisé et l'huile de ricin? ¹ (Le sirop de maïs est parfois source d'infection; l'huile de ricin peut provoquer des crampes sévères.) |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous présentez un nombre de neutrophiles bas, essayez-vous d'éviter les examens rectaux, les suppositoires et les lavements? ¹ |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous discuté, avec un médecin ou un pharmacien, des médicaments que vous prenez et qui pourraient avoir un effet constipant? ¹ |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous parlé à un ou une nutritionniste? ¹ |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

1. Woolery, M., Bisanz, A., Lyons, H. F., Gaido, L., Yenulevich, M., et al. (2008). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for the prevention and management of constipation in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 317-337. (AGREE Rigour score 80%)
2. Cancer Care Ontario. (2004). Telephone nursing practice and symptom management guidelines. Retrieved from: <http://www.onc.ca/library/repository/mon/9000/245778.pdf>. (AGREE Rigour score 11%)
3. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.
4. National Institutes of Health: National Cancer Institute. (2010). Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v4.03. Retrieved from: <http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/About.html>.

Protocole d'évaluation de la dépression

Évaluation à distance, triage et gestion de la dépression chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Dépression : Gamme de sentiments et d'émotions allant d'une tristesse normale à chronique, affect émotif déprimé incluant la dépression clinique (selon les critères validant un désordre psychiatrique)³; sentiment de désespoir, d'impuissance.

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la dépression (données probantes : 2/2 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point vous sentez-vous déprimé?




Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire dépression possible ^{ESAS}

À quel point cet état vous inquiète-t-il?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Avez-vous des soucis qui peuvent nourrir votre sentiment de dépression (ex. : événements récents, insomnie, tracasseries financières)? Oui Non Précisez : _____

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ^{1,2,3} | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous été déprimé ou avez-vous ressenti une perte de plaisir pendant au moins 2 semaines, tous les jours, pendant presque toute la journée? ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous vécu l'une ou l'autre des conditions suivantes pendant 2 semaines ou plus (encerclez) : sentiment d'inutilité, sentiment de culpabilité, sommeil insuffisant ou excessif, prise ou perte de poids? ^{2,3} | Aucun | <input type="checkbox"/> | 2 sur 4 | <input type="checkbox"/> | 4 sur 4 | <input type="checkbox"/> |
| Votre dépression interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ² Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous fatigué, las ou épuisé? Décrivez. ^{2,3} | Non/ Peu | <input type="checkbox"/> | Plutôt | <input type="checkbox"/> | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous agité (peu inclure avoir des tics ou tourner en rond) ou avez-vous plus de difficulté à réfléchir? ^{2,3} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous d'autres facteurs de risque, comme (encerclez) : symptômes gênants, soutien social insuffisant, antécédents de dépression ou d'abus d'alcool ou d'autres drogues, vivre seul, maladie récurrente ou avancée, plus jeune (< 30 ans)? ² | Aucun | <input type="checkbox"/> | Quelques-uns | <input type="checkbox"/> | Plusieurs | <input type="checkbox"/> |
| |  | Léger |  | Modéré |  | Grave |

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

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. | <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. Conseillez de rappeler 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"/> Pensez-vous à la mort ou au suicide de manière récurrente? ^{2,3} Si oui, recommandez immédiatement une évaluation plus approfondie. <input type="checkbox"/> Si non, mais en présence d'un symptôme ou plus avec dépression, consultez un médecin, mais non urgent. Vérifiez les autosoins. Vérifiez la prise de médicaments, si pertinent. |
|---|---|--|

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la dépression (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2/2 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour la dépression* | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|--|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | ISRS : fluoxétine (Prozac [®]), sertraline (Zoloft [®]), paroxétine (Paxil [®]), citalopram (Celexa [®]), fluvoxamine (Luvox [®]), escitalopram (Lexapro [®]) ³ | | Revue systématique |
| <input type="checkbox"/> | Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline (Elavil [®]), imipramine (Tofranil [®]), désipramine (Norpramin [®]), nortriptyline (Pamelor [®]), doxépine (Sinequan [®]) ³ | | Revue systématique |

*L'usage d'antidépresseurs dépend des profils d'effets secondaires des médicaments et du risque d'interaction avec les autres médicaments consommés.

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 2/2 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|-----------------------------|--|------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous êtes déprimé, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. ² |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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)? ² |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous partie de groupes d'aide ^{2,3} ou avez-vous des amis ou de la famille sur qui compter? |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé la relaxation ou la visualisation? ^{2,3} (revue systématique avec méta-analyse) |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé une thérapie comme la thérapie cognitivo-comportementale ou eu des consultations individuelles afin de vous aider à gérer la dépression? ^{2,3} |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

1. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J. Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.
2. Howell D, Currie S, Mayo S, Jones G, Boyle M, et al. (2009) A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the adult cancer patient. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology. Retrieved from: <http://www.capo.ca/about-capo/professional-student-info/>. (AGREE rigour score 85.4%)
3. Fulcher CD, Badger T, Gunter AK, Marrs JA, Reese JM. (2008, Feb). Putting Evidence Into Practice: Interventions for Depression. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 131-140. (AGREE rigour score 43.8%)

Protocole d'évaluation de la diarrhée

Évaluation à distance, triage et gestion de la diarrhée chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

(ne pas utiliser pour les patients subissant une greffe de moelle osseuse)

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Date et heure

Diarrhée : Selles anormalement liquides et fréquentes, comparativement à la moyenne personnelle (> 4 à 6 selles/jour), accompagnées ou non de crampes abdominales.^{3,5}

1. Évaluation de la gravité de la diarrhée (données probantes : 6/6 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous votre diarrhée?

Pas de diarrhée 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire diarrhée possible ^{ESAS}

À quel point votre diarrhée vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Avez-vous passé un test pour la C. difficile? Si oui, connaissez-vous le résultat de ce test?

Oui Non incertain Résultat : _____

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ⁸ | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Combien de selles de plus qu'habituellement faites-vous par jour (en incluant les selles nocturnes)? ^{2,3,5,6} | < 4 selles | <input type="checkbox"/> | 4-6 selles | <input type="checkbox"/> | ≥ 7 selles | <input type="checkbox"/> |
| Stomie : Par rapport à votre normale, à quel point la quantité de selles a-t-elle augmentée? ^{2,3,5,6} | Un peu | <input type="checkbox"/> | Moyen | <input type="checkbox"/> | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Faites-vous de la fièvre (> 38° C) ^{2,3,5,6} <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? ^{2,5,6} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il du sang dans vos selles? Sont-elles noires? ^{2,5,6} <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Votre diarrhée interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ^{2,5} Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu des vomissements ou une nausée modérée? ^{2,3,5,6} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? ^{2,3,5,6} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été capable de boire? ^{5,6} | Oui | <input type="checkbox"/> | | | Non | <input type="checkbox"/> |

1 Léger

2 Modéré

3 Grave

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

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

En présence d'un symptôme ou plus avec diarrhée, consultez immédiatement un médecin.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la diarrhée (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 5/6 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour la diarrhée | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|--|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | lopéramide (Imodium®) ^{2,3,4,5} | | Revue systématique |
| <input type="checkbox"/> | Atropine-diphénoxylylate (Lomotil®) ^{3,4,5} | | Revue systématique |
| <input type="checkbox"/> | Octreotide (Sandostatin®) ^{1,2,3,4,5} | | Revue systématique |
| <input type="checkbox"/> | fibre de psyllium (Metamucil®) ³ | | Essai de contrôle randomisé |

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 5/6 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez la diarrhée, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire de 8 à 10 verres de liquides clairs par jour (eau, boissons sportives, bouillon)? ^{2,3,4,5,6} |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Savez-vous quels aliments vous devriez essayer de manger? (compote de pommes, gruau, bananes, 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) ^{2,3,4,5,6} (riches en fibres solubles/pauvres en fibres insolubles) |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de remplacer les électrolytes (potassium et sodium ou sel) que votre diarrhée vous fait perdre en mangeant des aliments comme des bananes et des pommes de terre ou en buvant des boissons sportives ou du nectar de pêche ou d'abricot? ³ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de manger 5 à 6 petits repas par jour? ^{2,3,5,6} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les aliments contenant du lactose (lait, yogourt, fromage) ^{2,3,5,6} |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter l'alcool et de réduire au minimum la caféine (<2-3 portions) (café, chocolat) ^{2,3,4,5,6} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les aliments gras, frits et épicés? ^{3,5,6} |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter de boire du jus de fruits et des boissons aux fruits en grande quantité? ^{2,3} |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les légumes crus, le pain de blé entier, les noix, le maïs soufflé, les peaux, les graines et les légumineuses? ^{3,5,6} (fibres insolubles) |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de garder propre la peau autour de votre rectum ou de votre stomie pour éviter qu'elle se rupture? ³ |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comptez-vous le nombre de selles et savez-vous quels autres problèmes surveiller lorsque vous avez la diarrhée (ex. : fièvre, étourdissements)? ^{2,5} (passez en revue les critères ci-dessus) |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |
| 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous discuté, avec un médecin ou un pharmacien, des médicaments que vous prenez et qui pourraient causer ou aggraver la diarrhée? ^{1,5} |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

- Major, P., Figueroa, A., Tandan, V., Bramwell, V., Charette, M., Oliver, T., et al. (2004). The role of octreotide in the management of patients with cancer. Practice guideline report #12-7. Cancer Care Ontario. Retrieved from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/qualityguidelines/clin-program/systemic-ebst/>. (AGREE Rigour score 86%)
- Benson, A.B., III, Ajani, J.A., Catalano, R.B., Engelking, C., Kornblau, S.M., Martenson, J.A., Jr., et al. (2004). Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. *Journal of Clinical Oncology*, 22(14), 2918–2926. (AGREE Rigour score 73%)
- Oncology Nursing Society. (2008). Diarrhea: What interventions are effective in preventing and treating diarrhea in adults with cancer receiving chemotherapy or radiation therapy? ONS PEP. Retrieved from: <http://www.ons.org/Research/PEP/Diarrhea>. (AGREE Rigour score 48%)
- British Columbia Cancer Agency. (2004). BCCA Guidelines for management of chemotherapy-induced diarrhea. Retrieved from: <http://www.bccancer.bc.ca/HPI/CancerManagementGuidelines/SupportiveCare/Chemotherapy-Induced+Diarrhea.htm>. (AGREE Rigour score 17%)
- British Columbia Cancer Agency. (2008). Professional practice nursing standards - Symptom management guidelines: Cancer-related diarrhea. Retrieved from: <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/5D986439-3614-4F17-9E50-7FEC73C45D1/50139/Diarrhea.pdf>. (AGREE Rigour score 17%)
- Cancer Care Ontario. (2004). Telephone nursing practice and symptom management guidelines. Retrieved from: <http://www.onla.on.ca/library/repository/mon/9000/245778.pdf>. (AGREE Rigour score 11%)
- National Institutes of Health: National Cancer Institute. (2010). Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v4.03. Retrieved from: <http://evs.nci.nih.gov/fp1/CTCAE/About.html>.
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.

Protocole d'évaluation de la fatigue

Évaluation à distance, triage et gestion de la fatigue chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

Fatigue : Sentiment subjectif de fatigue ou d'épuisement entraîné par le cancer ou son traitement, d'une ampleur disproportionnée à l'effort déployé récemment, qui ne s'améliore pas avec du repos et qui interfère avec les activités quotidiennes.¹

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la fatigue (données probantes : 3/3 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point êtes-vous fatigué?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement ^{ESAS}

À quel point cette fatigue vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ^{1,2} | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <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? | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Comment décririez-vous la fréquence de vos moments de fatigue? | Intermittent | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Constant/ Chaque jour depuis 2 semaines | <input type="checkbox"/> |
| Votre fatigue interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il des moments où vous vous sentez épuisé? Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | Oui, constamment depuis 2 semaines | <input type="checkbox"/> |



Léger



Modéré



Grave

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

Passez en revue les autosoins.

Passez en revue les autosoins. Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.

En présence d'un symptôme ou plus avec fatigue, consultez immédiatement un médecin.
*Si la fatigue grave est stabilisée, passez en revue les stratégies d'autogestion.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la fatigue (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 3/3 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour la fatigue | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|-----------------------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | | | |

*Le recours aux agents pharmacologiques pour soulager la fatigue liée au cancer, encore au stade expérimental, est DÉCONSEILLÉ (ex. : psychostimulants, somnifères, corticostéroïdes à faible dose), sauf pour certains patients en fin de vie et souffrant de fatigue grave.

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 3/3 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous êtes fatigué, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Savez-vous ce qu'est la fatigue liée au cancer? Expliquez la différence avec la fatigue normale; expliquez qu'elle est normale lorsqu'on suit un traitement contre le cancer. |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Surveillez-vous votre niveau de fatigue? |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de garder de l'énergie pour les choses auxquelles vous tenez? |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Que faites-vous comme activité physique? On encourage la pratique d'activités physiques modérées pendant et après le traitement contre le cancer (ex. : 30 min d'activité modérée la plupart des jours de la semaine : marche rapide, vélo, nage, exercice contre résistance). *Attention aux patients présentant certaines complications (ex. : métastase osseuse). |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mangez-vous et buvez-vous assez pour combler vos besoins énergétiques? |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé des activités comme la lecture, les jeux, la musique, le jardinage ou les expériences en nature? |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faites-vous partie d'un groupe de soutien ou avez-vous des amis ou de la famille sur qui compter? |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé des activités pour vous détendre, comme la relaxation, la respiration profonde, le yoga, la visualisation ou la massothérapie? (3 ECR : les séances ont fait baisser les scores de fatigue.) |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous tenté l'une des choses suivantes pour améliorer la qualité de votre sommeil? Éviter les siestes longues ou en fin d'après-midi; rester au lit uniquement pour dormir; aller au lit lorsqu'on se sent fatigué; utiliser le lit uniquement pour le sommeil et l'activité sexuelle; se coucher et se lever à une heure régulière; éviter la caféine et les activités stimulantes en soirée; se détendre pendant 1 heure avant d'aller au lit; adopter une routine du coucher. |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous parlé à un professionnel de la santé qui vous aiderait à gérer votre fatigue ou souhaiteriez-vous le faire? (Physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste.) |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé une thérapie comme la thérapie cognitivo-comportementale afin de vous aider à gérer votre fatigue? |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)? |
| <input type="checkbox"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

1. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver TK, et al., (2012, in press) A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Cancer-Related Fatigue in Adults with Cancer. Canadian Partnership Against Cancer: The National Advisory Working Group on behalf of the Cancer Journey Portfolio.

Other guidelines referenced within this guideline are:

- Oncology Nursing Society (ONS). Putting Evidence into Practice (PEP) Topics – Fatigue. Accessed December 2009. Retrieved from: <http://www.ons.org/Research/PEP/Fatigue>. (AGREE rigour score 55.2%)
 - Clinical Practice Guidelines in Oncology – Cancer-Related Fatigue, V.2.2009 (June 2009), National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Retrieved from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. (AGREE rigour score 28.5%)
2. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J. Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.

Protocole d'évaluation de la neutropénie fébrile
Évaluation à distance, triage et gestion de la neutropénie fébrile
chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

(ne pas utiliser pour les patients subissant une greffe de moelle osseuse)

Neutropénie fébrile : Numération des neutrophiles de <1000 cellules/mm³ et température orale ponctuelle de $\geq 38,3^\circ$ C (101° F) ou une température de $\geq 38,0^\circ$ C ($100,4^\circ$ F) pendant ≥ 1 heure.

Nom
 date de naissance
 Sexe
 N° de carte d'hôpital

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la fièvre et de la neutropénie (données probantes : 4/4 lignes directrices)

À quel point votre fièvre vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Quelle a été votre température depuis 24 heures? Actuellement : _____ Températures précédentes : _____

Avez-vous pris du acétaminophène (Tylenol®) ou du ibuprofène (Advil®)? Si oui, quand et quelle quantité?

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Température de $\geq 38,0^\circ$ C ($100,4^\circ$ F)? ^{1,2,3,4,5} | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Dernière numération des neutrophiles connue ^{1,2,3,5} : _____ Date : _____ <input type="checkbox"/> Incertain | >1000 cell./mm ³ | <input type="checkbox"/> | <500 cell./mm ³ ou 1000 cell./mm ³ et baisse attendue | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous subi un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie au cours des 1 à 4 dernières semaines? ⁴ | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |

1 Léger

3 Grave

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

Passez en revue les autosoins.

En présence de fièvre avec neutropénie connue ou soupçonnée et d'un autre symptôme, consultez immédiatement un médecin.

N.B. Bien que les lignes directrices conseillent d'agir à partir d'une température ponctuelle de $\geq 38,3^\circ$ C (101° F) ou de $\geq 38,0^\circ$ C ($100,4^\circ$ F) pendant ≥ 1 heure, nous normalisons la température de $38,0^\circ$ C dans tous les protocoles d'évaluation des symptômes.

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la fièvre (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales)

| Usage actuel | Médicaments | Notes | Type de données |
|--------------------------|-------------|-------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | | | |

*Le recours aux médicaments pour abaisser la fièvre d'un patient cancéreux est controversé. On ne devrait pas le faire pour masquer une fièvre d'origine inconnue.

4. Vérification des stratégies d'autogestion pour réduire le risque d'infection (Données probantes : 1/4 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|-----------------------------|--|------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vous lavez-vous les mains fréquemment? ⁴ |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire 8 à 12 verres de liquide par jour? ⁴ |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vous brossez-vous les dents avec une brosse souple? ⁴ |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les lavements, les suppositoires, les tampons et les procédures invasives? ⁴ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de garder vos plaies propres et sèches? ⁴ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les foules et les personnes possiblement malades? ⁴ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

- Hughes, W. T., Armstrong, D., Bodey, G. P., Bow, E. J., Brown, A. E., et al. (2002). 2002 Guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer. *Clinical Infectious Diseases*, 34, 730-751. (AGREE Rigour score 62%)
- National Comprehensive Cancer Network. (2008). NCCN Clinical practice guidelines in oncology: Prevention and treatment of cancer-related infections. Version 1. Retrieved from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. (AGREE Rigour score 48%)
- Mendes, A., Sapolnik, R. & Mendonça, N. (2007). New guidelines for the clinical management of febrile neutropenia and sepsis in pediatric oncology patients. *Journal de Pédiatrie*, 83(Supp 2), 54-63. (AGREE Rigour score 33%)
- Cancer Care Ontario. (2004). Telephone nursing practice and symptom management guidelines. Retrieved from: <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/9000/245778.pdf>. (AGREE Rigor score 11%)
- National Institutes of Health: National Cancer Institute. (2010). Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v4.03. Retrieved from: <http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/About.html>.

Protocole d'évaluation de la perte d'appétit

Évaluation à distance, triage et gestion de la perte d'appétit chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Anorexie : Perte d'appétit involontaire¹; manquer d'appétit, ne pas avoir faim.

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de l'anorexie (données probantes : 1/3 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous votre appétit?

Excellent appétit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas d'appétit du tout^{ESAS}

À quel point votre manque d'appétit vous inquiète-t-il?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|--------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ⁴ | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Au cours des 24 dernières heures, quelle quantité d'aliments avez-vous mangée et bue (à chaque repas)? ³ | Un peu | <input type="checkbox"/> | À peine | <input type="checkbox"/> | Rien du tout | <input type="checkbox"/> |
| Votre manque d'appétit interfère-t-il avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? ³ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous perdu du poids depuis 1 à 2 semaines? Poids perdu : <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | | |

1 Léger

2 Modéré

3 Grave

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1/3 lignes directrices)

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. Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.

En présence d'un symptôme ou plus avec anorexie, consultez immédiatement un médecin.
*Si la perte d'appétit grave est stabilisée, passez en revue les stratégies d'autogestion.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la perte d'appétit (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 1/3 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour la perte d'appétit | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|---|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Corticostéroïdes : dexaméthasone (Decadron®), Prednisone ¹ | | Revue systématique |
| <input type="checkbox"/> | mégésterol (Megace®) ¹ | | Revue systématique |

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 3/3 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous n'avez pas faim, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de manger 5 à 6 petits repas par jour? ³ |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez plus faim, essayez-vous de manger plus? ³ |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de manger des aliments plus protéinés et calorifiques, comme du fromage, du yogourt, des œufs et des laits frappés? ³ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consommez-vous des suppléments alimentaires (Ensure, Glucerna, Boost)? ¹ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de ne pas boire ½ heure avant les repas pour ne pas ressentir de satiété? ³ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Saviez-vous que, parfois, on tolère mieux les aliments froids? ³ |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de vous asseoir pendant 30 à 60 minutes après les repas pour mieux digérer? ³ |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous parlé à une nutritionniste? ^{1,2} |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

- Adams, L. A., Shepard, N., Caruso, R., Norling, M. J., Belansky, H., & Cunningham, R. S. (2009). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions to prevent and manage anorexia. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(1), 95-102. (AGREE Rigour score 83%)
- Dy, S. M., Lorenz, K. A., Naeim, A., Sanati, H., Walling, A. and Asch, S. M. (2008). Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *Journal of Clinical Oncology*, 26(23), 3886-3895. (AGREE Rigour score 51%);
- Cancer Care Ontario. (2004). Telephone nursing practice and symptom management guidelines. Retrieved from: <http://www.oncl.on.ca/library/repository/mon/9000/245778.pdf>. (AGREE Rigour score 11%)
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.

Protocole d'évaluation de la mucite buccale (stomatite)
Évaluation à distance, triage et gestion de la mucite buccale
(stomatite) chez les adultes en cours de traitement contre le cancer
 (ne pas utiliser pour les patients subissant une greffe de moelle osseuse)

Nom
 date de naissance
 Sexe
 N° de carte d'hôpital

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 de bactériémie et de sepsie pouvant être mortelle.²

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la mucite buccale (données probantes : 4/4 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos ulcérations?

Aucune ulcération 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pires ulcérations possibles⁵

À quel point ces ulcérations vous inquiètent-elles?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|------------------|--------------------------|--|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ci-dessus) | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Combien de plaies, d'ulcères ou de cloques avez-vous? ^{2,3,4} | 0-4 | <input type="checkbox"/> | >4 | <input type="checkbox"/> | Elles se rejoignent | <input type="checkbox"/> |
| Vos ulcérations saignent-elles? ^{2,3,4} | 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? ^{1,2,3,4} | Non/léger 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modéré 4-6 | <input type="checkbox"/> | Grave 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous capable de boire et manger? ^{2,3,4} | Oui | <input type="checkbox"/> | | | Non | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous de la difficulté à respirer? ⁴ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |



Léger



Modéré



Grave

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

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

En présence d'un symptôme ou plus avec ulcérations, consultez immédiatement un médecin.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour les mucites buccales (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 1/4 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour les mucites buccales | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|---|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | chlorure de benzydamine (Rince-bouche Tantum®) ² | | 1 essai randomisé |

*Plusieurs autres médicaments ont été essayés, mais leur efficacité n'est pas démontrée.

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 4/4 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|--|------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez des ulcérations, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de vous rincer la bouche 4 fois par jour avec un rince-bouche doux? Suggestion de rince bouche : 2.5 ml de sel ou de bicarbonate de soude ou les deux dans 250 ml d'eau à température pièce ou réfrigérée. Gargariser pendant au moins 30 secondes avec 15 ml (1 cuillère à table) de cette préparation et recracher. ^{2,4} |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de vous brosser les dents avec une brosse douce, au moins 2 fois par jour, et d'utiliser la soie dentaire 1 fois par jour ou selon votre tolérance? ^{1,2,4} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous portez des dentiers et que votre bouche est sensible, essayez-vous de porter vos dentiers uniquement aux repas? ⁴ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Protégez-vous vos lèvres à l'aide d'hydratants à base d'eau? ^{2,4} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laissez-vous votre brosse à dents sécher à l'air avant de la ranger? ^{2,4} |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter le tabac et l'alcool, y compris le rince-bouche à base d'alcool? ^{2,4} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire 8 à 10 verres de liquide par jour? ^{2,4} |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'adopter une alimentation molle? 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. ^{2,4} |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les aliments et les boissons acides, salées, épicées ou très chaudes? ^{2,4} |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

- Keefe, D. M. et al. (2007). Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer*, 109(5): 820-31. (AGREE Rigour score 82%)
- Harris, D. J., Eilers, J., Harriman, A., Cashavelly, B. J., & Maxwell, C. (2008). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(1): 141-52. (AGREE Rigour score 79%)
- Quinn, B. et al. (2008). Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. *European Journal of Cancer*, 44: 61-72. (AGREE Rigour score 73%)
- Cancer Care Ontario. (2004). Telephone nursing practice and symptom management guidelines. Retrieved from: <http://www.onla.on.ca/library/repository/mon/9000/245778.pdf>. (AGREE Rigour score 11%)
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J. Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.

Protocole d'évaluation de la nausée et des vomissements

Évaluation à distance, triage et gestion de la nausée et des vomissements chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

(ne pas utiliser pour les patients subissant une greffe de moelle osseuse)

Nausée : Impression subjective d'être sur le point de vomir.

Vomissement : Expulsion soudaine, par la bouche, du contenu de l'estomac, avec ou sans haut-le-cœur (mouvement gastrique et œsophagique sans vomissement).⁷

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la nausée ou des vomissements (données probantes : 3/8 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos nausées?

Aucune nausée 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire nausée possible^{ESAS}

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de vos vomissements?

Aucun vomissement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pires vomissements possibles^{ESAS}

À quel point vos nausées ou vos vomissements vous inquiètent-ils?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient - nausée (échelle ESAS ci-dessus) | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Note accordée par le patient - vomissements (échelle ESAS ci-dessus) ⁹ | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Combien de hauts-le-cœur ou de vomissements par jour? ⁸ <input type="checkbox"/> Aucun vomissement | ≤ 1 | <input type="checkbox"/> | 2-5 | <input type="checkbox"/> | >5 | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous réussi à manger depuis 24 heures? ^{7,8} | Oui | <input type="checkbox"/> | Oui, limité | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous réussi à boire sans vomir? ⁸ | Oui | <input type="checkbox"/> | | | Non | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous déshydraté (étourdissements, bouche sèche, soif accrue, évanouissements, rythme cardiaque accéléré, moins d'urine)? ^{3,7} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il du sang dans vos vomissements? Ressemblent-elles à du café moulu? ⁷ <input type="checkbox"/> Pas de vomissements | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des douleurs à l'abdomen? ⁷ | Non/léger 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modéré 4-6 | <input type="checkbox"/> | Grave 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Vos nausées ou vos vomissements interfèrent-ils avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |

1 Léger **2** Modéré **3** Grave

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 3/8 lignes directrices)

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. | <input type="checkbox"/> Passez en revue les autosoins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 12 à 24 heures. | <input type="checkbox"/> En présence d'un symptôme ou plus avec nausées ou vomissements, consultez immédiatement un médecin. |
|---|--|--|

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la nausée ou les vomissements (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 6/8 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour la constipation | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|--|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | ondansétron (Zofran [®]), granisétron (Kytrel [®]), dolasétron (Anszemet [®]) ^{1,2,3,4,5,6} | | Revue systématique |
| <input type="checkbox"/> | métoclopramide (Maxeran [®]) ^{1,2,3,5,6} | | Revue systématique |
| <input type="checkbox"/> | prochlorpérazine (Stemetil [®]) ^{1,2,3,4,6} | | Revue systématique |
| <input type="checkbox"/> | aprépitant (Emend [®]) ^{2,3,4,5,6} | | Revue systématique |

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 4/8 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|-----------------------------|--|------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez la nausée ou des vomissements, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire 8 à 10 verres de liquide par jour (eau, boissons sportives, bouillon)? ⁷ |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé des techniques de relaxation comme la visualisation, la musicothérapie et la relaxation musculaire progressive? ^{3,6} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prenez-vous des médicaments antinauséux avant les repas pour qu'ils agissent pendant et après ceux-ci? ^{6,7} |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous : - de manger 5 à 6 petits repas par jour? ⁷ - de manger des aliments qui sont moins nauséux pour vous, vos aliments réconfortants? ⁶ - d'éviter les aliments gras, frits, très salés ou épicés? ^{6,7} - de manger des aliments froids, tout en évitant les températures extrêmes? ^{6,7} - de réduire l'arôme des aliments et d'éviter les autres odeurs fortes? ^{6,7} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé l'acupuncture ou la digitopuncture pour alléger vos nausées ou vos vomissements? ^{3,5,6} (données probantes : revue systématique) |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

- Gralla, R., Osoba, D., Kris, M., Kirkbride, P., Hesketh, P., et al. (1999). ASCO Special article: Recommendations for the use of anti-emetics: evidence-based clinical practical guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, 17(9), 2971-2994. (AGREE Rigor score 85%)
- Kris, M., Hesketh, P., Somerfield, M., Feyer, P., Clark-Snow, R., et al. (2006). American Society of Clinical Oncology guideline for antiemetics in oncology: update 2006. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2932-2947. (AGREE Rigor score 85%)
- National Comprehensive Cancer Network. (2009). NCCN Clinical practice guidelines in oncology: antiemesis. Version 3. Retrieved from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. (AGREE Rigor score 83%)
- Antiemetic Subcommittee of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). (2006). Prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced emesis: results of the 2004 Perugia International Antiemetic Consensus Conference. *Annals of Oncology*, 17(1), 20-28. (AGREE Rigor score 75%)
- Naiem, A., Dy, S., Lorenz, K., Sanati, H., Walling, A., & Asch, S. (2008). Evidence-based recommendations for cancer nausea and vomiting. *Journal of Clinical Oncology*, 26(23), 3903-3910. (AGREE Rigor score 68%)
- Tipton, J., McDaniel, R., Barbour, L., Johnston, M., Kayne, M., et al. (2007). Putting evidence into practice: evidence-based interventions to prevent, manage, and treat chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 69-78. (AGREE Rigor score 57%)
- Cancer Care Ontario. (2004). Telephone nursing practice and symptom management guidelines. Retrieved from: <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/9000/245778.pdf>. (AGREE Rigor score 11%)
- National Institutes of Health: National Cancer Institute. (2010). Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v4.03. Retrieved from: <http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/About.html>.
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Seltmer P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.

Protocole d'évaluation de la neuropathie périphérique

Évaluation à distance, triage et gestion de la neuropathie périphérique chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

Neuropathie : Décrite comme une insensibilité, des picotements, des fourmillements, des tremblements, une perturbation de l'équilibre, de la douleur. 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'axone¹.

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la neuropathie (données probantes : 3/3 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre neuropathie/insensibilité/picotement?

Pas de neuropathie 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire neuropathie possible^{ESAS}

À quel point cela vous inquiète-t-il?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ⁴ | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous mal à votre/vos (emplacement de la neuropathie)? ^{1,2,3} Décrivez. | Non/léger 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modéré 4-6 | <input type="checkbox"/> | Grave 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Remarquez-vous une nouvelle faiblesse aux bras ou aux jambes? ^{1,2} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Éprouvez-vous des difficultés à marcher ou avec votre équilibre? Si oui, à quel point? ^{1,2} | Non/léger | <input type="checkbox"/> | Modéré | <input type="checkbox"/> | Grave | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous constipé? ^{1,2} | Non/léger | <input type="checkbox"/> | Modéré | <input type="checkbox"/> | Grave | <input type="checkbox"/> |
| Votre neuropathie/insensibilité/picotement interfère-t-il avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail (ex. : boutonner ses vêtements, écrire, tenir une tasse)? ^{1,2} Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |



1 Léger



2 Modéré



3 Grave

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1/3 lignes directrices)

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

En présence d'un symptôme ou plus avec neuropathie, consultez immédiatement un médecin.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

3. Vérification de toute la médication du patient pour la neuropathie (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2/3 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour la constipation | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|--|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Anticonvulsants : gabapentine, prégabaline (Lyrica®) ² | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline, nortriptyline, duloxétine (Cymbalta®), venlafaxine (Effexor®), bupropion (Wellbutrin®/Zyban®) ^{2,3} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Opioides : fentanyl, morphine (Statex®), hydromorphone (Dilaudid®), codéine, oxycodone ^{2,3} | | Avis d'expert |
| <input type="checkbox"/> | Agents topiques : timbre de lidocaïne ^{2,3} | | Avis d'expert |

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 3/3 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|--|------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qu'est-ce qui vous aide à gérer votre neuropathie? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vérifiez-vous chaque jour la présence, sur vos mains et vos pieds, de plaies que vous n'auriez pas senties? ^{1,2} |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si neuropathie dans les pieds : Vos chaussures sont-elles confortables? ^{1,2} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | À la maison : - Les couloirs sont-ils dégagés? ^{1,2} - Avez-vous une douche antidérapante ou utilisez-vous un tapis antidérapant dans la baignoire? ^{1,2} - Avez-vous enlevé les carpettes dans 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, regardez-vous par terre pour compenser le manque de sensation dans vos jambes et vos pieds? ^{1,2} |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour toute neuropathie : Pour éviter les brûlures en raison d'une sensibilité diminuée : - Avez-vous abaissé la température de votre chauffe-eau? ¹ - Utilisez-vous un thermomètre pour vérifier si la température de l'eau du bain ou de la douche est < 120 °F/49 °C? ¹ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour éviter les étourdissements, essayez-vous de balancer vos jambes avant de vous mettre debout? ^{1,2} |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de manger beaucoup de fibres et de boire suffisamment pour éviter la constipation? ^{1,2} |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous essayé l'acupuncture? ² |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous consulté un physiothérapeute à propos : - d'utiliser une canne, une marchette ou une attelle pour améliorer votre équilibre et votre démarche? ^{1,2} - d'un programme d'entraînement physique ou de TENS (neurostimulation transcutanée)? ^{2,3} |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous consulté un ergothérapeute qui vous aurait suggéré, par exemple : - d'opter pour des chaussures de type loafer ou des chaussures à velcro - du matériel adapté, comme des ustensiles à poignée plus grosse, un tire-bouton, mettre du velcro sur les touches du clavier de l'ordinateur pour stimuler le toucher? |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Redirigé vers (service et date) : |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : |
| <input type="checkbox"/> | Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

1. Visovsky, C., Collins, M., Abbott, L., Aschenbrenner, J., & Hart, C. (2007). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(6), 901-913. (AGREE Rigour score 84%)
2. Stubblefield, M., Burstein, H., Burton, A., Custodio, C., Deng, G., et al. (2009). NCCN Task force report: Management of neuropathy in cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 7(Supp 5), 1-26. (AGREE Rigour score 78%)
3. National Comprehensive Cancer Network. (2009). NCCN Clinical practice guidelines in oncology: Adult cancer pain. Version 1. Retrieved from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. (AGREE Rigour score 78%)
4. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J. Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.

Protocole d'évaluation des réactions cutanées

Évaluation à distance, triage et gestion des réactions cutanées chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

(ne pas utiliser pour les patients subissant une greffe de moelle osseuse)

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Réactions cutanées : Changement au niveau de la couleur, de la texture ou de l'intégrité de la peau.²

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la réaction cutanée (données probantes : 3/3 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre réaction cutanée?

Aucune réaction cutanée 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire réaction cutanée possible^{ESAS}

À quel point cette réaction cutanée vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Localisation des réactions cutanées : _____

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

| | | | | | | |
|--|---------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ³ | 0-3 | <input type="checkbox"/> | 4-6 | <input type="checkbox"/> | 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude du patient (note ci-dessus) | 0-5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Votre peau est-elle rouge? ^{1,2,4} | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Un peu/mat | <input type="checkbox"/> | Sensible/luisante | <input type="checkbox"/> |
| Votre peau pèle-t-elle? ^{1,2,4} | Non/sèche | <input type="checkbox"/> | Par plaques, humide | <input type="checkbox"/> | Généralisé, humide | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il de l'enflure autour de la région cutanée en réaction? ^{1,2} | Non/léger | <input type="checkbox"/> | Modéré | <input type="checkbox"/> | Godet | <input type="checkbox"/> |
| La région cutanée en réaction fait-elle mal? ^{2,4} | Non/léger 0-3 | <input type="checkbox"/> | Modéré 4-6 | <input type="checkbox"/> | Grave 7-10 | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des ulcères? ^{1,4} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des saignements? ^{1,4} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Votre peau est-elle noire ou morte à certains endroits? ^{1,4} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des plaies ouvertes ou suintantes? ^{2,4} | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous de nouvelles éruptions cutanées? | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Faites-vous de la fièvre? >38° C ² <input type="checkbox"/> Incertain | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous commencé une nouvelle médicament? ⁴ | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Votre réaction cutanée interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ^{2,4} Décrivez. | Non | <input type="checkbox"/> | Oui, un peu | <input type="checkbox"/> | Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| Si vous avez un cathéter (Port-a-cath, CCIP) ou autre dispositif d'accès direct à votre circulation sanguine, y a-t-il, au point d'insertion, des signes d'infection, comme un rougeur, de la sensibilité, un écoulement ou de l'enflure? ² | Non | <input type="checkbox"/> | | | Oui | <input type="checkbox"/> |

1 Léger

2 Modéré

3 Grave

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1/3 lignes directrices)

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

En présence d'un symptôme ou plus avec réaction cutanée, consultez immédiatement un médecin.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires:

3. Vérification de toute la médication du patient pour les réactions cutanées (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2/3 lignes directrices)

| Usage actuel | Médicaments pour les réactions cutanées * | Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie) | Type de données |
|--------------------------|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Onguent au calendula ^{1,4} | | 1 Essai de contrôle randomisé |
| <input type="checkbox"/> | Crème acide hyaluronique ⁴ | | 1 Essai de contrôle randomisé |
| <input type="checkbox"/> | Crème à faible dose de corticostéroïdes ^{1,2*} | | Avis d'expert |

* Les données sont insuffisantes pour démontrer ou réfuter l'utilité d'autres agents topiques spécifiques (ex. : corticostéroïdes, crème de sucralfate, Biafine, acide ascorbique, aloès, crème de camomille, onguent à l'amande, scellant à peau adhésif en polymère) dans la prévention des réactions cutanées prononcées.

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 3/3 lignes directrices)

| Le patient l'utilise déjà | Stratégies proposées ou info transmise | Le patient accepte d'essayer | Stratégies d'autosoins |
|------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lorsque vous avez une réaction cutanée, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez : |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de prendre des douches tièdes ou de vous immerger dans un bain tiède (sans y rester longtemps), avec du savon doux, puis de vous assécher en tapotant (sans frotter)? ^{1,2,4} (données probantes des essais de contrôle randomisé) |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'utiliser des crèmes à base aqueuse, nature, sans parfum, sans lanoline, uniquement sur la peau intacte? ^{1,2,4} |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'utiliser du déodorant si la peau est intacte? ⁴ (données probantes d'un essai de contrôle randomisé) |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de boire 8 à 12 verres de liquides par jour pour rester hydraté? ² |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'utiliser un rasoir électrique ou ne pas raser la région irritée? ^{2,4} |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les crèmes ou les gels dans la zone de traitement avant chaque traitement? ⁴ |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les piscines et les jacuzzis (spa) chlorés? ^{2,4} |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter les températures extrêmes (blocs réfrigérants ou « ice pack », coussin chauffant)? ^{2,4} |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous de protéger la zone de traitement contre le soleil et le froid? ⁴ |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essayez-vous d'éviter d'appliquer des adhésifs ou des pansements sur la peau irritée? ^{2,4} |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aideriez à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. |

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent). |
| <input type="checkbox"/> | Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : 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"/> | Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme. |

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

- Bolderston, A., Lloyd, N. S., Wong, R. K. S., Holden, L., Robb-Blenderman, L., et al. (2005). The prevention and management of acute skin reactions related to radiation therapy: A clinical practice guideline. Retrieved from: <http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc13-7s.pdf>. (AGREE Rigour score 85.4%)
- Cancer Care Ontario. (2004). Telephone nursing practice and symptom management guidelines. Retrieved from: <http://www.ontra.on.ca/library/repository/mon/9000/245778.pdf>. (AGREE Rigour score 11%)
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.
- Feight D, Baney T, Bruce S, McQuestion M. (2011). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for radiation dermatitis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 481-492.

Évaluation générale

Protocoles pour l'évaluation à distance, le triage et la gestion des symptômes des adultes en cours de traitement contre le cancer

Nom _____
date de naissance _____
Sexe _____
N° de carte d'hôpital _____

Date et heure de la rencontre _____ Appelant _____

Type de cancer _____ Oncologue principal _____

Autres praticiens (les plus importants) _____

1. Parlez-moi de vos symptômes (facteurs déclencheurs, qualité, radiation, facteurs d'atténuation, gravité, autres symptômes, moment, déclencheurs, localisation)

2. Évaluation générale des symptômes (Données probantes : consensus d'experts)

Traitement reçu :

Radiothérapie : endroit _____

Chimiothérapie: nom de la chimiothérapie _____

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 :

Anorexie Dépression Fatigue Neuropathie périphérique

Anxiété Diarrhée Neutropénie fébrile Réactions cutanées

Saignements Dyspnée Nausée/vomissements Stomatite

Constipation Autre _____

Exposition récente à un virus connu? Oui Non Incertain Si oui, précisez _____

3. 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 / |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Certains de ces médicaments ont-ils été ajoutés ou modifiés récemment? Oui Non Si oui, précisez :

4. Pour approfondir l'évaluation, le triage et la gestion, consultez les protocoles d'évaluation des symptômes appropriés.