

# Je Prépare Ma Consultation Chez l'Oncologue



## Pourquoi préparer ma consultation ?

Pour optimiser le temps avec votre oncologue et mieux comprendre votre prise en charge, il est essentiel de rassembler en amont les informations utiles.

Cette fiche vous aidera à organiser les éléments clés avant votre rendez-vous. Elle vous aidera à aborder votre consultation en toute sérénité et à faciliter la communication avec votre oncologue.

**Merci de renseigner les différents éléments demandés.**



## MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Personne de confiance à contacter : .....

Numéro de sécurité sociale : .....



**Antécédents personnels** de cancer (type, date de diagnostic) : .....

**Antécédents familiaux** de cancer (parents, fratrie) : .....

**Antécédents gynécologiques et obstétricaux** : .....

Âge des premières règles : .....

Nombre de grossesses (y compris fausses couches et IVG) : .....

Nombre d'enfants : .....

Grossesse en cours : OUI / NON

Moyens de contraception actuels : .....

Antécédents d'endométriose et/ou de syndrome des ovaires polykystiques : OUI / NON

Ménopausée : OUI / NON - Âge de la ménopause : .....

Traitement hormonal de la ménopause : OUI / NON

Chirurgie gynécologique (sein, ovaire, utérus) : OUI / NON

Antécédent de cancer gynécologique (sein, utérus, ovaire, endomètre) : OUI / NON

**Autres pathologies connues** : .....

**Chirurgies et interventions subies** : .....

**Allergies connues** (médicamenteuses, alimentaires) :

**Poids** :

**Taille** :

**Mode de vie** :

Tabac : OUI / NON - Quantité : .....

Alcool : OUI / NON - Fréquence : .....

Activité physique : .....

Sommeil : .....

Stress et bien-être : .....



## **MON SUIVI MÉDICAL**

Fréquence des consultations avec le médecin traitant : .....

Dernier suivi gynécologique : .....

Date de la dernière mammographie (si concernée) : .....

Date du dernier frottis cervico-utérin : .....

Consultation régulière avec un cardiologue ou médecin vasculaire : OUI / NON

Si diabétique, suivi ophtalmologique et rénal régulier : OUI / NON

## **MES TRAITEMENTS EN COURS**

Médicaments pris quotidiennement : .....

Traitement oncologique actuel : .....

Chimiothérapie : OUI / NON

Radiothérapie : OUI / NON

Hormonothérapie : OUI / NON

Immunothérapie : OUI / NON

Autre : .....

Effets secondaires observés : .....

## **MES EXAMENS MÉDICAUX**

Dernier scanner / IRM / mammographie : .....

Dernier bilan sanguin : .....

Autres examens pertinents : .....



## **MES SYMPTÔMES ET QUESTIONS POUR L'ONCOLOGUE**

Symptômes récents (douleurs, fatigue, effets secondaires...) : .....

Questions à poser sur mon traitement : .....

Questions sur mon suivi et pronostic : .....

Questions sur mon alimentation et mode de vie : .....

## **CONSEILS PRATIQUES POUR MON RENDEZ-VOUS**

### **Apporter un classeur avec :**

Comptes rendus médicaux et comptes rendus d'examens.

Liste des médicaments et traitements en cours.

Résultats de bilans sanguins récents.

Liste de mes questions pour l'oncologue.

Fiche avec les noms et coordonnées des médecins qui me suivent.

Se faire accompagner si possible par une personne de confiance.

Noter les réponses et recommandations du médecin pour un suivi efficace.

Placer dans mon classeur la fiche pratique que je viens de remplir.

## **MES NOTES PERSONNELLES**

