

Passeport  
en

oncologie  
**oncologie**

Québec 

**Ce document est un outil précieux pour son propriétaire.  
S.V.P. respecter son caractère confidentiel et le retourner à**

---

---

---

**si vous le retrouvez.**

**Passeport  
en**

**oncologie**

*Santé  
et Services sociaux*

**Québec**



**Édition produite par :**

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document peut être consulté et téléchargé en ligne à l'adresse :

[www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer)

Il peut également être commandé à l'adresse [diffusion@msss.gouv.qc.ca](mailto:diffusion@msss.gouv.qc.ca) ou par la poste :

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction des communications

Diffusion

1075, chemin Sainte-Foy, 16<sup>e</sup> étage

Québec (Québec)

G1S 2M1

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-52774-9 (Version imprimée)

ISBN : 978-2-550-52813-5 (Version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

---

## MOT D'INTRODUCTION

---

Vous avez en main un passeport en oncologie. Il a pour but de vous servir d'aide-mémoire et de guide tout au long des différentes étapes de votre parcours de soins, que ce soit pour les examens que vous subirez ou pour les traitements dont vous aurez besoin. Il vous aide à vous retrouver plus facilement dans tous les rendez-vous, les visites de traitements ou examens ainsi que les diverses rencontres avec vos médecins, infirmières et autres professionnels de la santé. Il vous donne aussi de l'information sur les symptômes que vous pourriez présenter lors de vos traitements et vous aide à décider quand et qui consulter si vous éprouvez certains de ces symptômes. Il vous permet d'écrire plusieurs informations sur vos tests, examens, symptômes ou encore sur vos différents médicaments.

Chaque personne atteinte de cancer reçoit un passeport en oncologie. Grâce à ce passeport, nous souhaitons vous offrir un outil simple à utiliser pour vous simplifier la vie et pour faciliter les communications avec les différents intervenants du système de santé lors de vos fréquents contacts avec ceux-ci. Apportez-le avec vous lors de chaque visite à l'hôpital, chez le médecin, au CLSC, à l'urgence et présentez-le aux intervenants pour qu'ils puissent le consulter au sujet de vos suivis. De plus, le passeport en oncologie est disponible à l'adresse Internet **[www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer)**

Enfin, votre passeport en oncologie vous appartient, un peu comme ce que vous vivez présentement. Utilisez-le comme bon vous semble et n'hésitez pas à faire part à vos personnes ressources de vos inquiétudes, questions ou tout autre commentaire.

**Bonne route...**

---

## REMERCIEMENTS

---

Ce passeport en oncologie est le résultat de la mise en commun de plusieurs expériences vécues par les personnes atteintes de cancer et du travail de plusieurs infirmières et professionnels de la santé qui y ont consacré temps et énergie pour tenter de répondre à vos besoins.

Les personnes atteintes de cancer nous ont dit qu'elles trouvaient efficace et nécessaire d'utiliser un passeport en oncologie. Les professionnels de la santé nous ont aussi encouragés à développer cet outil pratique pour vous. Il est prêt : vous pouvez donc dès maintenant vous en servir.

La Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec remercie les membres du Groupe de travail et toutes les personnes qui ont participé et cru en ce projet pour vous, et qui souhaitent, avec elle, que chaque personne atteinte de cancer reçoive les meilleurs soins.

### AVERTISSEMENT

L'information contenue dans ce passeport est fournie à titre indicatif seulement. Elle ne vise pas à remplacer des soins médicaux ni les conseils ou les directives d'un professionnel de la santé. Si vous avez des questions concernant vos soins, communiquez avec un professionnel de la santé qualifié.

## Membres du groupe de travail

### Auteurs

#### **Andréanne Saucier**

Coordonnatrice du projet  
Directrice associée en soins infirmiers, Mission de soins de cancer,  
Centre universitaire de santé McGill

#### **Christine Arsenault**

Représentante pour la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine  
Infirmière chef en chirurgie-pédiatrie, oncologie, médecine de jour  
et maternité-obstétrique, Centre de santé et de services sociaux  
de la Baie-des-Chaleurs

#### **Joanne Brodeur**

Représentante pour le Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
Infirmière pivot en oncologie - gynéco-oncologie, Hôpital Notre-Dame

#### **Sylvie Dubé**

Représentante pour la région de Québec  
Infirmière pivot en oncologie, Centre de santé  
et de services sociaux de Portneuf

#### **Lucie Laporte**

Représentante pour la région de la Montérégie  
Infirmière clinicienne monitrice en oncologie, Hôpital Charles Lemoyne

#### **Irène Leboeuf**

Liens avec le milieu pédiatrique  
Cadre conseil en sciences infirmières en pédiatrie spécialisée  
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

#### **Louise Leduc**

Représentante pour le Centre de santé et de services sociaux du Suroît  
Infirmière pivot en oncologie, Centre de santé et de services  
sociaux du Suroît

#### **Caroline Mathieu**

Liens avec les milieux locaux  
Conseillère en soins spécialisés, Centre de santé et de services  
sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

#### **Myriam Skrutkowski**

Représentante pour le Centre universitaire de santé McGill  
Infirmière clinicienne spécialisée en oncologie,  
Hôpital général de Montréal

#### **Soutien administratif et clérical**

#### **Élizabeth Beaubien**

Secrétaire de direction, Direction des soins infirmiers,  
Mission de soins de cancer  
Centre universitaire de santé McGill

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

1. Renseignements personnels et numéros de téléphone .....	7
2. Personnes-ressources .....	8
3. Calendrier des suivis, rendez-vous et examens .....	13
4. Plan de traitement .....	21
<i>Chimiothérapie ou autres</i> .....	21
<i>Radiothérapie</i> .....	28
5. Poids, tests sanguins .....	33
6. Cathéter veineux central .....	36
7. Liste des symptômes .....	38
8. Suivi des symptômes à la maison .....	46
9. Liste des médicaments .....	54
10. Portrait de santé .....	57
11. Renseignements sur les ressources .....	58
12. Aide-mémoire .....	61
Évaluation du passeport .....	67



1

## 1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE

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

Numéro d'une personne proche à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Numéros importants

Clinique d'oncologie : \_\_\_\_\_

Numéro d'urgence en oncologie : \_\_\_\_\_

Info-Santé : \_\_\_\_\_

Service 24/7 (inscription nécessaire à votre centre de santé et de services sociaux) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2 PERSONNES-RESSOURCES

La composition de votre équipe de soins varie *selon vos besoins et vos demandes*. Elle vise à vous aider à composer avec la maladie et, ainsi, à mieux vivre chaque jour. Il est important de souligner que les intervenants collaborent entre eux afin de vous offrir les meilleurs soins et traitements possibles. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser à votre équipe.

La liste des ressources permet de mieux comprendre la composition de l'équipe de soins ainsi que leur rôle. Nous vous encourageons à utiliser cette liste en inscrivant le nom des *intervenants et leurs coordonnées*.

### ÉQUIPE DE SOINS

<p><b>Infirmière pivot</b> Personne-ressource tout au long de la maladie. Elle évalue vos ressources et vos besoins de santé, vous informe et vous soutient.</p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>
<p><b>Infirmière en clinique d'oncologie</b> Administre vos traitements et répond à vos questions relativement aux traitements et à vos préoccupations.</p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>
<p><b>Oncologue</b> Traite le cancer à l'aide de la chimiothérapie.</p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

<b>Spécialiste en chirurgie</b> Effectue les opérations chirurgicales visant à enlever la tumeur.	Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :
<b>Radio-oncologue</b> Traite le cancer à l'aide des rayons X (radiothérapie).	Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :
<b>Pharmacien en oncologie</b> Prépare votre traitement de chimiothérapie, vous l'explique en détail, puis vous informe des effets secondaires prévisibles et des moyens pour les minimiser.	Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :
<b>Autre</b>	Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :

**Ressources psychosociales**

Plusieurs professionnels tels qu'un travailleur social, un psychologue, un psychiatre, un intervenant en services spirituels, ou autres qui peuvent vous soutenir.

Nom :  
Téléphone :  
Télécopieur :  
Courriel :

Nom :  
Téléphone :  
Télécopieur :  
Courriel :

**Autres professionnels de la santé**

D'autres membres de l'équipe tels que le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le nutritionniste peuvent évaluer vos besoins sur le plan physique et vous conseiller sur les mesures à prendre dans le but d'améliorer votre qualité de vie.

Nom :  
Téléphone :  
Télécopieur :  
Courriel :

Nom :  
Téléphone :  
Télécopieur :  
Courriel :

1 **Ressources bénévoles**

Nom :  
Téléphone :  
Télécopieur :  
Courriel :

2  
3  
4 **ÉQUIPE DE SOINS DANS LA COMMUNAUTÉ**

5 **CLSC**  
6 **Personne-ressource du CLSC**

Nom :  
Téléphone :  
Télécopieur :  
Courriel :

7 **Médecin de famille**

8 Joue un rôle essentiel afin d'assurer un suivi global de votre santé.

Nom :  
Téléphone :  
Télécopieur :  
Courriel :

9  
10 **Pharmacien**

Nom :  
Téléphone :  
Télécopieur :  
Courriel :

<p>1 <b>Équipe de soins palliatifs</b></p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>
<p>2</p> <p>3 <b>Autre</b></p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>
<p>4</p> <p>5</p> <p>6 <b>Ressources bénévoles communautaires</b></p>	<p>Nom : Téléphone : Télécopieur : Courriel :</p>

7

8

9

10

11

12 **\* À la fin des traitements actifs, vos médecins et infirmières vous indiqueront qui assurera vos suivis.**

### 3 CALENDRIER DES SUIVIS, RENDEZ-VOUS ET EXAMENS

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites		

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____													
LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI		SAMEDI		DIMANCHE	

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites		

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____													
LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI		SAMEDI		DIMANCHE	

CALENDRIER DES SUIVIS,  
RENDEZ-VOUS ET EXAMENS



1

2

3

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites		

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

4

5

6

7

8

9

10

11

12

MOIS : _____						
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites		

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____													
LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI		SAMEDI		DIMANCHE	

CALENDRIER DES SUIVIS,  
RENDEZ-VOUS ET EXAMENS

1

2

3

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites		

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

4

5

6

7

8

9

10

11

12

MOIS : _____						
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites		

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

MOIS : _____													
LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI		SAMEDI		DIMANCHE	

CALENDRIER DES SUIVIS,  
RENDEZ-VOUS ET EXAMENS

1

2

3

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites		

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

4

5

6

7

8

9

10

11

12

MOIS : _____						
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

1

2

3

Légende :

C	Chimiothérapie	T	Tests sanguins
R	Radiothérapie	E	Examens
V	Visites		

MD	Médecin	NUT	Nutritionniste
INF	Infirmière	TS	Travailleur social
IPO	Infirmière pivot	PSYCH	Psychologue

4

5

6

7

8

9

10

11

12

MOIS : \_\_\_\_\_

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

**CALENDRIER DES SUIVIS,  
RENDEZ-VOUS ET EXAMENS**

## 4 PLAN DE TRAITEMENT

### Chimiothérapie ou autres

Lors de vos visites à la salle de traitement, demandez à l'infirmière ou au pharmacien d'écrire le nom de vos médicaments de chimiothérapie et de vos autres médicaments sur la grille ci-dessous. Ces informations seront importantes après vos traitements, si jamais vous avez des effets secondaires ou des symptômes.

Date du premier traitement de chimiothérapie : \_\_\_\_\_

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE	TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE OU AUTRE (incluant les médicaments donnés avant et après la chimiothérapie)	MÉDICAMENTS À PRENDRE À LA MAISON APRÈS TRAITEMENTS	COMMENTAIRES

**Radiothérapie**

Lors de vos visites au département de radiothérapie, demandez à l'infirmière, aux technologues ou au radio-oncologue d'écrire ci-dessous les informations au sujet de votre traitement de radiothérapie.

Région du corps traitée : \_\_\_\_\_

Type de radiothérapie :  Radiothérapie externe  Curiethérapie

Nombre de traitements prévu : \_\_\_\_\_

Durée prévue des traitements (sem.) : Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

DATE OU SEMAINE	TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE	COMMENTAIRES

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE OU SEMAINE	TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE	COMMENTAIRES

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE OU SEMAINE	TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE	COMMENTAIRES



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE OU SEMAINE	TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE	COMMENTAIRES

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

DATE OU SEMAINE	TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE	COMMENTAIRES

## 5 POIDS, TESTS SANGUINS

Certains médicaments utilisés pour vos traitements peuvent diminuer la production des cellules de votre sang. C'est pourquoi vous devez vous soumettre régulièrement à des analyses de sang afin de vérifier que le nombre de vos cellules sanguines n'est pas trop bas. Il est aussi possible que vous passiez d'autres tests de sang.

**Hémoglobine :** Renseigne sur la capacité des globules rouges de transporter l'oxygène des poumons vers les organes du corps humain.

- Si le nombre est trop bas, vous pouvez ressentir des symptômes comme une grande fatigue ou faiblesse, des étourdissements ou des essoufflements persistants.

**Neutrophiles :** Globules blancs qui combattent les infections.

- Si le nombre est trop bas, cela vous rend à risque de développer une infection, souvent manifestée par de la fièvre.

**Plaquettes :** Servent à la coagulation du sang (formation des caillots) et empêchent ainsi un saignement prolongé en cas de blessure.

- Si le nombre est trop bas, vous pouvez avoir plus de saignements et d'ecchymoses (bleus) que d'habitude.

**Poids :** Permet d'ajuster les doses de médicaments de votre protocole de chimiothérapie.

*Si vous le désirez, demandez vos résultats de tests sanguins pour pouvoir les inscrire vous-même dans le tableau ci-dessous. Veuillez noter que le tableau présente les valeurs normales des analyses sanguines à titre indicatif et que les résultats attendus dans votre centre d'oncologie peuvent différer. Si vous avez des inquiétudes, n'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.*

Dates	Poids (kg) Taille (m)	Hémoglobine (120-160g/L)	Neutrophiles (2.1-6.7 X10 <sup>9</sup> /L)	Plaquettes (140-450 X10 <sup>9</sup> /L)	Autres			

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

**Vous recevez des facteurs stimulant la production des globules blancs**

**Inscrire le nom du médicament ici :** \_\_\_\_\_

Calendrier	Dose	Date de début	Date d'arrêt (fin de dose)

**Vous recevez des agents stimulant la production des globules rouges**

**Inscrire le nom du médicament ici :** \_\_\_\_\_

Calendrier	Dose	Date de début	Date d'arrêt (fin de dose)

**Vous recevez un anticoagulant (médication pour éclaircir le sang et prévenir la formation de caillots)**

**Inscrire le nom du médicament ici :** \_\_\_\_\_

Calendrier	Dose	Date de début	Date d'arrêt (fin de dose)

## 6 CATHÉTER VEINEUX CENTRAL

Si nécessaire, demandez à votre infirmière de vous préciser le type de cathéter utilisé :

Nom du cathéter : \_\_\_\_\_

Date d'installation : \_\_\_\_\_

L'irrigation du cathéter et le changement de pansement seront faits régulièrement par votre infirmière de la clinique d'oncologie ou du CLSC, selon la technique de soins de votre centre.

### Si vous ressentez les symptômes sévères suivants :

- Apparition de **douleur aiguë à l'épaule**, ou au niveau de l'oreille ou du cou.  
ou
- Apparition de douleur ou de sensation de brûlure, de rougeur, de **chaleur**, d'**enflure** ou d'**écoulement** dans la région du site d'entrée de votre cathéter, accompagnée de fièvre (plus de 38° Celsius).

#### **Vous devez :**

- Téléphoner au numéro d'urgence : \_\_\_\_\_  
ou
- Vous présenter immédiatement à l'urgence.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

**Si vous ressentez les symptômes suivants :**

- Apparition de **douleur** ou de **sensation de brûlure**, de **rougeur**, de **chaleur**, d'**enflure** ou d'**écoulement** dans la région du site d'entrée de votre cathéter, sans aucune fièvre.  
ou
- Le **cathéter** est ressorti, par accident, en partie ou au complet du site d'entrée.

**Vous devez :**

- Aviser immédiatement l'infirmière de votre centre \_\_\_\_\_  
ou
- Téléphoner au numéro d'urgence en oncologie \_\_\_\_\_  
ou
- Vous présenter à l'urgence.

## 7 LISTE DES SYMPTÔMES

Les traitements que vous recevez vous sont donnés dans le but de traiter la maladie, mais ils peuvent toutefois entraîner des effets secondaires énumérés ci-dessous. Néanmoins, l'équipe de soins peut intervenir pour vous suggérer des moyens de soulagement et permettre d'améliorer ainsi votre qualité de vie.

Voici donc une liste générale des symptômes qui pourraient se manifester selon le traitement que vous recevez. Si vous ressentez un ou plusieurs des symptômes décrits ci-dessous, il est important de le signaler rapidement aux personnes-ressources dont vous avez déjà les numéros de téléphone au début du passeport. Toutefois, n'hésitez pas à téléphoner pour tout autre symptôme ou situation qui vous inquiète.

**Veillez noter que le tableau ci-dessous est un guide pour vous. Il est important de retenir que vous êtes la personne qui peut le mieux évaluer ce que vous ressentez. Il est essentiel de vous y fier et de ne pas laisser s'aggraver, à domicile, une situation qui pourrait mener à des complications ou retarder la suite de vos traitements.**

**Pour ces symptômes, s'il vous est impossible de joindre un intervenant pour une évaluation de votre condition physique, il est alors nécessaire de vous présenter à l'urgence.**

SYMPTÔMES	À SIGNALER <sup>1</sup> SI :	SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :
<b>Fièvre pendant les traitements</b> de chimiothérapie ou de radiothérapie	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>Température de plus de <b>38° Celsius</b>, <b>depuis plus d'une heure</b></li> </ul> <p>OU</p>

1. Le jour, communiquer avec les personnes-ressources (numéro de téléphone au début du passeport). Le soir ou la nuit, contacter Info-Santé ou tout autre numéro d'urgence donné par l'équipe traitante.



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

SYMPTÔMES	À SIGNALER <sup>1</sup> SI :	SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Température <b>de plus de 38,3° Celsius</b></li> </ul> Dans les deux cas, ne pas prendre d'anti-inflammatoire ou d'acétaminophène qui pourraient masquer la fièvre.
<b>Fièvre</b> lorsque les traitements sont terminés depuis 6 semaines et plus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Température de plus de <b>38,3° Celsius</b></li> </ul>	
<b>Douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur connue non soulagée par la médication</li> <li>• Présence d'une nouvelle douleur</li> <li>• Douleur vous empêchant de faire vos activités de tous les jours</li> <li>• <i>Augmentation</i> de la douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouvelle douleur aiguë</li> <li>• Douleur intolérable</li> </ul>

SYMPTÔMES	À SIGNALER <sup>1</sup> SI :	SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :
<b>Fatigue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue persistante depuis quelques jours</li> <li>• Fatigue nuisant à votre qualité de vie, vous empêchant de faire vos activités de tous les jours</li> <li>• Essoufflé à l'effort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande fatigue soudaine avec douleur dans la poitrine ou palpitations (sensation d'augmentation des battements du cœur), ou les deux</li> </ul>
<b>Essoufflement</b> (Difficulté à respirer)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté à respirer</li> <li>• Plus essoufflé qu'à l'habitude</li> <li>• Essoufflement accompagné de toux avec ou sans crachats</li> <li>• Essoufflement vous empêchant de faire vos activités de tous les jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essoufflement soudain avec douleur thoracique (à la poitrine)</li> <li>• Essoufflement soudain avec incapacité à parler ou à se coucher, ou les deux</li> <li>• Essoufflement avec fièvre de plus de 38° Celsius depuis une heure ou plus de 38,3° Celsius</li> </ul>
<b>Anxiété</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété qui affecte votre humeur</li> <li>• Difficulté à penser clairement, à vous détendre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété accompagnée de tremblements, gorge serrée, difficulté à respirer</li> <li>• Crise de panique</li> </ul>

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

SYMPTÔMES	À SIGNALER <sup>1</sup> SI :	SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété vous empêchant de faire vos activités de tous les jours (familiales et sociales)</li> <li>• Difficulté à dormir, à vous concentrer, pleurs fréquents, perte d'intérêt, d'appétit</li> </ul>	
<b>Somnolence</b> (Tendance à s'endormir facilement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somnolence vous empêchant de faire vos activités de tous les jours</li> <li>• Difficulté à rester éveillé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté inhabituelle à réveiller la personne</li> </ul>
<b>Insomnie</b> (Difficulté à dormir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnie depuis trois jours</li> <li>• Insomnie non soulagée par la médication ou autres moyens</li> <li>• Insomnie vous empêchant de faire vos activités de tous les jours</li> </ul>	

SYMPTÔMES	À SIGNALER <sup>1</sup> SI :	SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :
<b>Engourdissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Picotement, engourdissement des mains ou des pieds ou non-perception du chaud ou du froid</li> <li>• Engourdissement non soulagé par la médication prescrite</li> <li>• Difficulté à marcher</li> <li>• Difficulté à tenir un objet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté soudaine à marcher</li> </ul>
<b>Saignement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignement de nez</li> <li>• Sang dans l'urine</li> <li>• Sang dans les selles</li> <li>• Sang dans les crachats</li> <li>• Présence de plusieurs ecchymoses (bleus) sur la peau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignement de nez continué malgré une pression pendant 10 minutes</li> <li>• Sang dans les vomissements</li> <li>• Pour les femmes : utilisation d'une serviette hygiénique ou plus à l'heure</li> </ul>

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

SYMPTÔMES	À SIGNALER <sup>1</sup> SI :	SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :
<b>Nausée</b> (Mal de cœur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausée <i>persistante</i> malgré la médication prescrite</li> <li>• Présence de vomissement</li> <li>• Nausée vous empêchant de prendre la médication prescrite</li> </ul>	
<b>Vomissements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de 3 vomissements en 24 heures</li> <li>• Vomissements non soulagés par la médication ou autres moyens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vomissement à répétition vous empêchant de boire et de manger</li> <li>• Incapacité à garder aliments et liquides</li> <li>• Vomissement vous empêchant de prendre la médication prescrite</li> <li>• Vomissement de sang ou de liquide noir</li> <li>• Vomissement avec douleur <i>intolérable</i> au ventre</li> <li>• Vomissement avec céphalée (mal de tête) intolérable</li> </ul>

SYMPTÔMES	À SIGNALER <sup>1</sup> SI :	SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :
<b>Diarrhée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de 3 selles liquides par jour</li> <li>• Diarrhée non soulagée par la médication prescrite</li> <li>• Sang dans les selles ou selles noires (comme du charbon)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de 10 diarrhées (selles liquides) par jour</li> <li>• Diarrhée avec douleur <i>intolérable</i> au ventre ou au rectum</li> <li>• Diarrhée avec fièvre de plus de 38° Celsius depuis une heure ou plus de 38,3° Celsius</li> </ul>
<b>Constipation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune selle depuis 3 jours</li> <li>• Constipation non soulagée par la médication prescrite</li> <li>• Selles très dures avec difficulté à les évacuer</li> <li>• Mal de ventre ou crampe</li> <li>• Ventre gonflé ou ballonné</li> <li>• Absence de gaz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt des selles depuis trois jours avec douleur intolérable au ventre, nausée (mal de cœur) et vomissement, ventre gonflé, sensation de ne plus avoir de gaz</li> </ul>

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

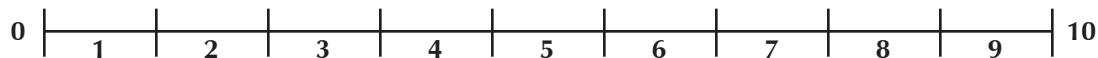
SYMPTÔMES	À SIGNALER <sup>1</sup> SI :	SE PRÉSENTER À L'URGENCE SI :
<b>Perte d'appétit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'appétit depuis plus de 3 jours</li> <li>• Perte de poids rapide</li> </ul>	
<b>Stomatite</b> (Rougeurs, ulcères dans la bouche)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rougeurs, ulcères dans la bouche avec douleur, difficulté à avaler et à manger</li> <li>• Douleur à la bouche non soulagée par la médication ou autres moyens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcères, rougeurs dans la bouche empêchant la prise de liquide, incluant les médicaments depuis plus de 24 heures</li> <li>• Lésions dans la bouche avec fièvre de plus de 38° Celsius depuis une heure ou plus de 38,3° Celsius</li> </ul>
<b>Œsophagite, gastrite</b> (Douleur au tube digestif, à l'estomac)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur, brûlure dans la gorge, cou, poitrine, estomac</li> <li>• Difficulté à manger</li> <li>• <i>Régurgitation</i> de liquide dans la gorge, bouche</li> <li>• Œsophagite, gastrite non soulagée par la médication ou autres moyens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vomissement de sang</li> </ul>

## 8 SUIVI DES SYMPTÔMES À LA MAISON

Si vous le désirez, pour assurer un suivi des symptômes à la maison, voici un calendrier qui vous permettra de noter ceux-ci, de les évaluer sur une échelle de 0 à 10 et de voir quels moyens vous avez utilisés pour les soulager.

Lorsque vous vous présentez à la clinique, ou que vous téléphonez, ayez ce relevé en main, il pourra aider le personnel médical à mieux cibler les interventions dont vous aurez besoin afin de soulager vos symptômes.

L'exemple d'échelle donné ci-dessous est celui de la douleur. Vous pouvez utiliser cette échelle pour tout autre symptôme que vous ressentez.



0 = Aucun symptôme

10 = Symptôme insupportable

**Exemple : si vous ne ressentez pas de douleur, inscrivez 0 dans la case ci-dessous vis-à-vis de la date dans la colonne « douleur » ; si vous ressentez une douleur insupportable, inscrivez 10. Faites la même chose pour les autres symptômes.**

Inscrivez votre degré de perception du symptôme, selon l'échelle donnée ci-dessus, dans les cases appropriées.



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour vous soulager ?

	Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour vous soulager ?
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour vous soulager ?

	Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour vous soulager ?
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour vous soulager ?

	Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour vous soulager ?
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

Date	Douleur	Fatigue	Essoufflement	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissements	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Rougeurs dans la bouche	Autres	Qu'avez-vous fait pour vous soulager ?

## 9 LISTE DES MÉDICAMENTS

Souvent, la pharmacie de votre quartier ou encore la pharmacie de l'hôpital peut vous imprimer la liste des médicaments qui vous sont prescrits. **FAITES-EN LA DEMANDE ET GARDEZ LA LISTE DANS LA POCHETTE DE VOTRE PASSEPORT.**

Sinon, vous pouvez les écrire dans le tableau suivant.

**Allergie :** 1. \_\_\_\_\_ **Type de réaction :** 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Nom du médicament	Dosage	Fréquence – quand ?	Raison – pourquoi ?	Date de début / Date de fin	Date de prescription



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

Nom du médicament	Dosage	Fréquence – quand ?	Raison – pourquoi ?	Date de début / Date de fin	Date de prescription

1 Avant votre traitement de chimiothérapie, il est important de mentionner à votre médecin hématologue-oncologue et  
2 à votre pharmacien en oncologie toute substance autre qu'alimentaire (**PRODUITS NATURELS, VITAMINES ET AUTRES**)  
3 que vous consommez, même à l'occasion. Certaines de ces substances peuvent interagir avec vos médicaments de  
4 chimiothérapie, provoquant soit une diminution de l'efficacité du traitement, soit une augmentation des effets indésirables  
5 du traitement.

6 Indiquez ici toute substance, autre qu'alimentaire, que vous avez consommée dans les six derniers mois ou que vous  
7 consommez encore.

Date	Nom de la substance	Raison

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

## 10 PORTRAIT DE SANTÉ

Selon ce que vous savez, remplissez la fiche ci-dessous. S'il vous manque des informations, vous pouvez demander à votre médecin ou à votre infirmière pivot de vous aider.

Type de cancer : \_\_\_\_\_

Nom de la chirurgie : \_\_\_\_\_

Date de la chirurgie : \_\_\_\_\_

### AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ :

Problème cardiaque \_\_\_\_\_

Hypertension artérielle \_\_\_\_\_

Diabète \_\_\_\_\_

Problème respiratoire \_\_\_\_\_

Problèmes rénaux \_\_\_\_\_

Arthrite \_\_\_\_\_

Épilepsie \_\_\_\_\_

Traitement anti-coagulant \_\_\_\_\_

Autres problèmes de santé \_\_\_\_\_

## 11 RENSEIGNEMENTS SUR LES RESSOURCES

### La Fondation québécoise du cancer

Information, ressources et services, gratuits et confidentiels, pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, offerts par la Fondation québécoise du cancer au 1 800 363-0063 ou consultez le site Internet au [www.fqc.qc.ca](http://www.fqc.qc.ca).

- Centre de documentation : Pour connaître les ressources, partout au Québec, le centre de documentation répertorie et garde à jour de multiples sources d'information écrites ou électroniques. Il vérifie la validité des informations pour vous. Il vous envoie gratuitement la documentation, si vous le souhaitez.
- Ligne Info-cancer : Pour répondre à vos questions.
- Service de jumelage téléphonique : Pour parler à quelqu'un.
- Réseau d'hébergement à Montréal, à Trois-Rivières, à Sherbrooke et à Gatineau.

**Un seul numéro 1 800 363-0063, du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h. – Site Internet : [www.fqc.qc.ca](http://www.fqc.qc.ca)**

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

## La Société canadienne du cancer

La Société canadienne du cancer offre plusieurs services gratuits et confidentiels pour soutenir et informer les personnes atteintes de cancer et leurs proches :

- Le Service d'information sur le cancer où des spécialistes en information ayant reçu une solide formation peuvent répondre, par téléphone ou par courriel, à vos questions et offrir une information de qualité ;
- Cancer J'écoute, un service personnalisé de jumelage entre une personne atteinte ou un proche avec un bénévole qualifié ayant vécu une expérience similaire ;
- Des groupes de soutien affectif, de visualisation et d'expression par les arts dans les 14 bureaux régionaux de la SCC ;
- De l'aide financière (transport, stationnement, soutien-gorge adapté, manchons, traitement préventif du lymphoedème, etc.) et de l'aide matérielle incluant le prêt de prothèses capillaires et le don de prothèses mammaires temporaires ;
- Une maison d'hébergement située à Montréal ;
- Des brochures faciles à comprendre sur de nombreux cancers et traitements ;
- Un répertoire des services disponibles dans votre communauté ;
- Un site Web documenté contenant, entre autres, les versions électroniques des brochures et une impressionnante encyclopédie médicale.

**Un seul numéro 1 888 939-3333 – Site Internet : [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca)**

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12**Leucan**

Information et soutien aux enfants atteints de cancer et leurs familles.

**Un seul numéro : 1 800 361-9643 – Site Internet : [www.leucan.qc.ca](http://www.leucan.qc.ca)**

**Autres ressources disponibles dans votre région** (organisations de personnes atteintes de cancer, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**12** AIDE-MÉMOIRE

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11

Questions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12**

1 Notes :

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11

Notes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12

1 Notes : \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_

8 \_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_\_

10 \_\_\_\_\_

11 \_\_\_\_\_

12 \_\_\_\_\_

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

Notes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

Notes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

## ÉVALUATION DU PASSEPORT

---

Merci de nous aider à améliorer le passeport en répondant aux quelques questions suivantes :

1) Globalement, le passeport est utile.

Oui  Non

2) Les informations sont complètes et je peux y inscrire tout ce qui m'est nécessaire pour participer activement à mon plan de traitement.

Oui  Non

3) Les sections sont présentées dans un ordre logique.

Oui  Non

4) La présentation générale du passeport est agréable.

Oui  Non

5) Le passeport est facile à utiliser pour inscrire les informations et les consulter.

Oui  Non

Si vous avez répondu « non » à une ou plusieurs de ces questions, prière d'inscrire pourquoi dans la section « commentaires » ci-dessous, avec vos autres suggestions.

Commentaires \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merci de nous aider en postant le questionnaire à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction de la lutte contre le cancer  
1075, chemin Sainte-Foy, 7<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

Vous pouvez également faire parvenir votre questionnaire à l'adresse courriel suivante :  
[passeportoncologie@msss.gouv.qc.ca](mailto:passeportoncologie@msss.gouv.qc.ca)

*Santé  
et Services sociaux*

Québec

