



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

Ce document est destiné à vous aider à conserver des détails importants que vous pourriez avoir besoin de partager avec les professionnels de santé tout au long de votre vie avec des tumeurs neuroendocrines (TNE). Imprimez-le et emportez une copie avec vous lors de vos différents rendez-vous et demandez à vos professionnels de santé de vous aider à le remplir.

Date :

À propos de vous	
Inscrivez votre nom et vos coordonnées ici, ainsi que le nom et le numéro de téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence, par exemple un membre de votre famille ou un(e) ami(e) proche.	
Prénom :	
Nom de famille :	
Date de naissance :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	
Contact d'urgence : (Nom/Numéro de téléphone)	



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

Votre historique de TNE	
Notez ici votre historique de TNE, par exemple la date du diagnostic initial, le type de TNE dont vous êtes atteint(e) et l'endroit où il se trouve. Demandez à votre équipe de soins de santé de vous aider à remplir cette section si nécessaire.	
Date du diagnostic :	
Qui a posé le diagnostic ?	
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Endocrinologue
<input type="checkbox"/> Gastro-entérologue
Localisation de votre tumeur neuroendocrine primaire	
<input type="checkbox"/> Appendice	<input type="checkbox"/> Rectum
<input type="checkbox"/> Côlon	<input type="checkbox"/> Estomac
<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Intestin grêle
<input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="checkbox"/> Inconnue (TNE primaire introuvable)
<input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :	
Stadification, classification et statut fonctionnel de votre tumeur neuroendocrine primaire	
Stade :	Statut fonctionnel :
Grade :
Votre tumeur neuroendocrine primaire s'est-elle métastasée ?	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> Oui	
Localisation des métastases (si celle-ci est connue) :	



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

Vos tests et résultats

Consignez ici tous les tests ou procédures que vous pourriez avoir passés. Demandez à un membre de votre équipe de soins de santé de vous aider à remplir cette section et à la maintenir à jour.

Date du test	Nom du test (par ex. échographie de l'abdomen, IRM)	Résultat du test



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

Votre plan de traitement

Demandez à un membre de votre équipe de soins de santé de vous aider à remplir cette section et à prendre note des traitements que vous avez reçus ou allez recevoir.

Objectif du traitement :

Traitements reçus :

Intervention chirurgicale

Date de l'intervention chirurgicale :

Type (par ex. résection complète de la tumeur primaire) :

.....

.....

Localisation (par ex. intestin grêle) :

.....

Résultat :

.....

.....

.....

Radiothérapie

Type (par ex. radiothérapie externe) :

Dose et schéma posologique :

.....

Date du premier traitement :

Date du dernier traitement :

Résultat :

.....

.....

.....



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

<p><input type="checkbox"/> Chimiothérapie</p>	<p>Nom du ou des médicaments :</p> <p>.....</p> <p>Dose et schéma posologique :</p> <p>.....</p> <p>Date du premier traitement :</p> <p>Date du dernier traitement :</p> <p>Résultat :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Traitement médical</p>	<p>Nom du ou des médicaments :</p> <p>.....</p> <p>Dose et schéma posologique :</p> <p>.....</p> <p>Date du premier traitement :</p> <p>Date du dernier traitement :</p> <p>Résultat :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

Vos symptômes et les effets secondaires

Consignez ici tous les symptômes ou les effets secondaires que vous pourriez avoir présentés. N'oubliez pas d'informer un membre de votre équipe de soins de santé de tout effet secondaire que vous pourriez présenter. Notez la date et l'heure, si vous vous en souvenez.

Date	Heure	Symptôme/Effet secondaire	Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (très), dans quelle mesure était-il gênant ?



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

Vos professionnels de santé	
Inscrivez ici les noms et les coordonnées des professionnels de santé de votre équipe pluridisciplinaire, comme le nom de votre médecin et de votre infirmier/ère de soins primaires, de votre médecin spécialiste des TNE et des autres personnes qui participent à vos soins.	
Médecin généraliste	
Nom :	
Adresse du cabinet :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	
Endocrinologue	
Nom du médecin :	
Adresse de la clinique ou de l'hôpital :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	
Gastro-entérologue	
Nom du médecin :	
Adresse de la clinique ou de l'hôpital :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

Chirurgien(ne)	
Nom :	
Adresse de la clinique ou de l'hôpital :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	
Radio-oncologue	
Nom :	
Adresse de la clinique ou de l'hôpital :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	
Oncologue médical(e)	
Nom :	
Adresse de la clinique ou de l'hôpital :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	
Infirmier/ère spécialisé(e)	
Nom :	
Adresse du cabinet :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	



Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

Autres membres de votre équipe spécialisée dans les TNE	
Nom :	
Adresse de la clinique ou de l'hôpital :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	
Nom :	
Adresse de la clinique ou de l'hôpital :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	
Nom :	
Adresse de la clinique ou de l'hôpital :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	
Nom :	
Adresse de la clinique ou de l'hôpital :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

Votre état de santé général			
<p>Consignez ici votre état de santé général et tout autre problème de santé spécifique, par exemple si vous êtes allergique à un médicament particulier ou si l'on vous a diagnostiqué d'autres affections comme de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, de l'asthme ou du diabète.</p>			
Avez-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Décrivez ici toutes les allergies que vous avez (par ex., allergie à la pénicilline), le cas échéant	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Outre les TNE, souffrez-vous d'autres affections médicales à long terme pour lesquelles vous recevez un traitement ?	<p><input type="checkbox"/> Anxiété</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrite</p> <p><input type="checkbox"/> Asthme</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Dépression</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie cardiaque</p> <p><input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable (SCI) ou maladie entérique inflammatoire (p. ex. recto-colite hémorragique, maladie de Crohn)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser</p> <p>.....</p>		
Énumérez ici tous les médicaments que vous prenez, le cas échéant	<p>Nom du médicament</p> <p>Raison.....</p> <p>Dose et fréquence</p>		



Vivre avec des TNE

Informations et soutien sur les tumeurs neuroendocrines

Vos informations médicales et le suivi de votre traitement

	Nom du médicament Raison..... Dose et fréquence
Quelle est votre taille ?	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> cm <i>ou</i> <input type="checkbox"/> pieds <input type="checkbox"/> pouces
Quel est votre poids actuel ?	<input type="checkbox"/> kg <i>ou</i> <input type="checkbox"/> stones et <input type="checkbox"/> livres
Combien de boissons alcoolisées consommez-vous au cours d'une semaine moyenne ?	<input type="checkbox"/> Je ne bois pas d'alcool <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 à 5 <input type="checkbox"/> 5 à 10 <input type="checkbox"/> 10 ou plus
Est-ce que vous fumez ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre (consignez ici toutes les autres informations qui pourraient être importantes selon vous) :	

