

N° DRM :
NOM : PRENOM :

EPICANCER - Questionnaire SMUR

Patient > 18 ans - ATCD de cancer / hémopathie maligne actifs ou en rémission depuis moins de 5 ans

N° centre SMUR : 49002 N° d'inclusion : 1ère lettre nom / prénom du patient : /

Age :ans Sexe: H F Date : / / 201..... Heure d'arrivée sur place : h

Lieu d'intervention : Domicile Voie / lieu publique Cabinet médical SSR / EHPAD Hôpital / clinique Autre

Source appel : Patient / famille HAD / IDE Médecin traitant Médecin autre SOS Pompiers Autre

Présent(s) sur place : Famille Pompiers IDE Médecin Patient seul Autre

Motif de recours principal : ACR Dyspnée Hémorragie Tbles neurologiques Douleur tho Trauma Autre

Préciser si autre :

Motif(s) en rapport avec le cancer : Très probablement Probablement Probablement pas Certainement pas

Dossier médical d'onco-hématologie : Accessible Non accessible

Type cancer : Solide, préciser : Hémopathie, préciser :

Evolution : Guéri / Rémission Réponse / Stable Progression NSP **Métastatique** : Oui Non NSP

Date du diagnostic initial : < 6 mois 6 mois – 5 ans > 5 ans Ne sait pas (NSP)

Traitement spécifique en cours ou < 3 mois : Chimiothérapie Hormonothérapie Immunothérapie Aucun NSP

Autre traitement spécifique dans les 3 mois : Greffe de moelle : Allo Auto Non NSP

Corticothérapie au long cours : Oui Non NSP

Mode de vie : Domicile sans aide Domicile avec aides HAD institution NSP **Vit seul** : Oui Non NSP

Performance Status (avant épisode aigu) : 0 (aucune limitation) 1 (travail léger) 2 (travail impossible, subvient à ses besoins) 3 (activité limitée, fauteuil / lit > 50% du temps) 4 (aucune activité, patient confiné au lit ou au fauteuil) NSP

Constantes : PA : / FC : T° : EVA : FR : GCS : SpO2 : (O2 :L/min)

Pronostic vital engagé à l'arrivée : Oui Non **Si oui, défaillance(s)** : Hémodynamique Respiratoire Neurologique

Exploration(s) par SMUR : Aucune Echo Biologie embarquée ECG

Soin(s) / Surveillance réalisé(s) par SMUR : VVP Pose KTc (veineux ou artériel) KT intra-osseux Remplissage

Amines Scope O2 VNI IOT MCE Antibiotiques Transfu. CG Antalgiques Titration morphinique IV

SNG Sonde Urinaire Ponction : Autre(s) :

Porteur Cathéter Longue Durée (CLD) : Oui Non NSP **Si Oui, utilisation du CLD en SMUR** : Oui Non NSP

Evolution clinique SMUR : Amélioration Stabilité Aggravation

Si pronostic vital engagé, défaillance ou signes de gravité :

Limitation de soins spécifiées (dossier / référent) : Oui Non **Si oui** : A réanimer PEC palliative

Avis réa demandé : Oui Non **Si oui, transfert en réa** : Oui Non

Motif de non transfert en réa : Pas de critère de réa Obstination déraisonnable Refus du patient / directives anticipées

Limitation de soins : Oui Non **Si Oui, décision prise avec** : Patient Régulation Famille / proches / pers. Confiance

Médecin traitant Médecin / service référent Réa hôpital référent Soignant(s).....

Contact médecin / service référent : Nécessaire Non nécessaire **et** Accessible Non accessible

Diagnostic principal retenu par le SMUR :

Motif d'intervention en rapport avec le cancer : Oui Non **Si Oui, complication** : du traitement de la pathologie

Transport : Laissé sur place SMUR Pompier Ambulances Décès Refus du patient / proches

Destination: centre référent : Oui Non **Service** : SU SAUV Réanimation Autre :

Orientation jugée adaptée par l'urgentiste : Oui Non

Date et heure de fin d'intervention : / h

N° centre SMUR: N° d'inclusion : 1ère lettre nom / prénom du patient : /

Suivi (J30 après inclusion : / /)

à remplir par référent IRU du service

Si hospitalisé : Date de sortie de l'hôpital / décès: / / toujours hospitalisé à J30

Devenir : Domicile Décès SSR USP Autre :

Séjour en Réa durant l'hospitalisation : Oui Non entrée : / /

sortie : / / toujours hospitalisé en réa