



Questionnaire initial sur les antécédents médicaux

Bienvenue au CCIO. Veuillez lire et remplir ce questionnaire au meilleur de vos connaissances. Les pages qui suivent contiennent des renseignements importants pour mieux gérer votre santé ainsi que le formulaire de consentement requis pour que nous puissions vous traiter et protéger la confidentialité de vos renseignements personnels. Vous devrez apposer votre signature sur trois pages vers la fin du document. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser. **Merci de remplir ce questionnaire. Votre santé est notre priorité.**

Renseignements personnels

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

DN : (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / ____ Comment avez-vous connu le CCIO? _____

Numéro de la carte Santé (RASO) : _____ Code de version (RASO) : _____

**Requis pour couvrir les frais de rendez-vous avec nos médecins*

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél. résidentiel : ____ - ____ - ____ Tél. au travail : ____ - ____ - ____ Cellulaire : ____ - ____ - ____

Courriel : _____

Occupation : _____

Personne à contacter en cas d'urgence Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Indiquez les autres professionnels de la santé que vous consultez actuellement :

Médecin de famille : _____ Oncologue médical : _____

Radio-oncologue : _____ Chirurgien : _____

Autre(s) (spécialité) : _____ ; _____

Autorisez-vous le CCIO à transmettre de l'information sur vos consultations ou vos progrès à ces autres professionnels de la santé?

O N

Renseignements relatifs au cancer

J'ai actuellement le cancer Je veux éviter une récurrence du cancer Je veux éviter d'avoir le cancer

Si vous avez le cancer, de quel type s'agit-il (p. ex. sein, colorectal, prostate, lymphome, etc.) : _____ Stade : _____

S'agit-il d'une récurrence du même cancer : O N

Avez-vous déjà eu un cancer auparavant : O N Si oui, quel était le type de cancer : _____

Quelles sont les principales raisons de votre visite au CCIO?

Traitements – Dernier traitement : (JJ/MM/AAAA)

Biopsie _____/_____/_____
 Chirurgie _____/_____/_____
 Chimiothérapie _____/_____/_____
 Radiothérapie _____/_____/_____
 Hormonothérapie _____/_____/_____
 Autre : _____/_____/_____

Complications graves Effets secondaires importants

O N _____
O N _____
O N _____
O N _____
O N _____
O N _____

Renseignements médicaux

Allergies, le cas échéant (médicales, environnementales, alimentaires) : _____

Restrictions alimentaires, le cas échéant (religion/végétarisme/végétalisme, maladie coéliqua, etc.) : _____

Poids actuel : _____ Poids il y a 1 an : _____ Poids maximal : _____ Taille : _____

Indiquez tous les médicaments et suppléments alimentaires ou produits de santé naturels pris sur une base régulière :

Nom du médicament ou du supplément alimentaire	Ce qu'il traite	Dose (quantité et fréquence)	Prescrit par (ou « moi-même »)

Tests de dépistage et examens antérieurs

Examen	Date	Résultat normal?
Mammographie (femmes)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Test Pap (femmes)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Colonoscopie		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sang dans les selles		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Examen	Date	Résultat normal?
Prostate (hommes)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Glycémie		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Examen médical annuel		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ostéodensitométrie (DEXA)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Hospitalisations

Année	Raison

Chirurgies

Année	Type de chirurgie

Antécédents médicaux familiaux Inscrivez un « X » aux endroits appropriés ou cochez si les antécédents sont inconnus

Trouble médical	Mère	Père	Fratrerie	Grands-parents maternels	Grands-parents paternels
Cancer (préciser le type)					
Maladie auto-immune					
Diabète					
Maladie du cœur					

Renseignements généraux

Alcool	Buvez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quantité par semaine :
Caféine	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Soda	Nombre de tasses ou de canettes par jour :
Exercices	<input type="checkbox"/> Sédentaire	<input type="checkbox"/> Exercices vigoureux parfois
	<input type="checkbox"/> Exercices légers	<input type="checkbox"/> Exercices vigoureux régulièrement
Sommeil	Avez-vous de la difficulté à vous endormir?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Vous réveillez-vous durant la nuit?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, avez-vous de la difficulté à vous rendormir?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Vous sentez-vous reposé au réveil?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nombre moyen d'heures de sommeil :	Évaluez votre niveau d'énergie actuel sur une échelle de 1 à 10 (10 = le plus élevé) :
Cigarettes	Fumez-vous actuellement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, combien de cigarettes par jour :	Si non, année d'arrêt :

Stress et santé mentale

Le stress est-il un gros problème pour vous?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Selon vous, avez-vous un système de soutien adéquat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Y a-t-il d'autres éléments importants que nous devrions connaître?

EORTC QLQ-C30 (version 3)

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse. Ces renseignements sont strictement confidentiels.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous de la difficulté à faire certains efforts physiques comme porter un sac à provisions chargé ou une valise?	1	2	3	4
2. Avez-vous de la difficulté à faire une <u>longue</u> promenade?	1	2	3	4
3. Avez-vous de la difficulté à faire un <u>petit</u> tour dehors?	1	2	3	4
4. Êtes-vous obligé de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, vous laver ou aller aux toilettes?	1	2	3	4
	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Au cours de la semaine passée				
6. Étiez-vous limité dans l'accomplissement de votre travail ou de vos tâches quotidiennes?	1	2	3	4
7. Étiez-vous limité dans l'exercice de vos passe-temps ou d'autres loisirs?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu le souffle court?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu de la difficulté à dormir?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous senti faible?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipé?	1	2	3	4

Passez à la page suivante

Au cours de la semaine passée

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
17. Avez-vous eu de la diarrhée?	1	2	3	4
18. Étiez-vous fatigué?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer sur certaines choses, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous senti tendu?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous senti irritable?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous senti déprimé?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir de certaines choses?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné dans votre vie <u>familiale</u> ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné dans vos activités <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers?	1	2	3	4

Pour les questions suivantes, encerclez le chiffre qui s'applique le mieux à votre situation

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé global au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6 7

Très
mauvais

Excellent

30. Comment évalueriez-vous votre qualité de vie globale au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6 7

Très
mauvaise

Excellente

Mesure de vos préoccupations et de votre bien-être

Premier formulaire

Inscrivez au plus deux problèmes ou préoccupations pour lesquels vous sollicitez notre aide.

1.



2.

Mesure de vos préoccupations et de votre bien-être (version pour le suivi en face à face)



Encercler un chiffre pour indiquer la gravité actuelle de chaque préoccupation ou problème :

Il doit s'agir de VOTRE point de vue et non de celui de quelqu'un d'autre!

Préoccupation ou problème n° 1 :



	0	1	2	3	4	5	6	
	Ne me dérange aucunement					Me dérange énormément		

Préoccupation ou problème n° 2 :

	0	1	2	3	4	5	6	
	Ne me dérange aucunement					Me dérange énormément		

Bien-être :

Comment évalueriez-vous votre sentiment général de bien-être actuellement? (Comment vous sentez-vous intérieurement?)

	0	1	2	3	4	5	6	
	Le mieux possible					Le pire possible		

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton :
(version révisée) (EESSE-r)

Encerclez le chiffre qui décrit le mieux ce que vous ressentez PRÉSENTEMENT :

Aucune douleur **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Pire douleur possible

Aucune fatigue **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Pire fatigue possible
(*Fatigue = manquer d'énergie*)

Aucune somnolence **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Pire somnolence possible
(*Somnolence = se sentir endormi*)

Aucune nausée **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Pire nausée possible

Aucun manque d'appétit **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Pire manque d'appétit possible

Aucun essoufflement **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Pire essoufflement possible

Aucune dépression **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Pire dépression possible
(*Dépression = se sentir triste*)

Aucune anxiété **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Pire anxiété possible
(*Anxiété = se sentir nerveux*)

Meilleure sensation de bien-être **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Aucune sensation de bien-être
(*Bien-être = sentiment général*)

Aucun(e) _____ **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Pire possible
Autre problème (*par exemple la constipation*) _____

Nom du patient _____ Rempli par (cochez une seule case) :
Date _____ Heure _____

- Patient
- Aidant naturel
- Professionnel de la santé
- Avec l'aide de l'aidant naturel

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS DU CCIO

Le Centre de cancérologie intégrative d'Ottawa (CCIO) a différentes stratégies pour prendre en charge le cancer et ses symptômes, améliorer la qualité de vie, favoriser la prévention primaire et secondaire du cancer, renforcer le système immunitaire, stimuler la guérison du corps et traiter les causes sous-jacentes de la maladie. Les cliniciens du CCIO évaluent la personne dans son intégralité en tenant compte des aspects physique, mental, émotionnel et spirituel liés à la santé. Ils cernent les facteurs de risque aux fins de recommandations pour prévenir la maladie et vous aider à optimiser votre environnement physique, mental et émotionnel.

Plusieurs techniques douces et non invasives peuvent servir à élaborer un plan de traitement personnalisé qui répond à vos besoins particuliers. Lors des premiers rendez-vous, vous subirez un examen médical et répondrez à des questions sur vos antécédents médicaux.

Comme il faut faire preuve de précaution avec quelques-unes des thérapies selon les états (par exemple une grossesse et l'allaitement, une maladie hépatique, cardiaque ou rénale ou une maladie auto-immune), il est très important d'informer votre clinicien de toute autre maladie dont vous souffrez, le cas échéant, et de lui dire si vous prenez des médicaments, des drogues, des suppléments alimentaires ou des produits de santé naturels, et si vous avez des allergies.

Les traitements offerts au CCIO peuvent comporter certains risques pour la santé, notamment les suivants :

- Aggravation des symptômes préexistants
- Réactions allergiques aux suppléments alimentaires ou aux herbes
- Douleur, ecchymose ou blessure résultant de la veinopuncture ou de l'acupuncture
- Évanouissement, ou perforation d'un organe, résultant de l'acupuncture
- Trouble émotionnel ou détresse psychologique

Veillez lire ce qui suit :

- En cas d'urgence médicale en cours de traitement, j'autorise le clinicien à prendre les mesures qu'il juge être dans mon intérêt.
- Je comprends que les résultats ne peuvent être garantis.
- Je comprends que les appels ou courriels aux cliniciens ne sont pas recommandés, car les problèmes médicaux ne peuvent être évalués de façon adéquate et sûre que dans le cadre d'une consultation au cabinet (si cela est impossible, une consultation téléphonique pourra être prévue avec votre clinicien, au même prix qu'une consultation au cabinet).
- Je comprends que le CCIO est une clinique multidisciplinaire et que mon dossier peut circuler entre les cliniciens pour qu'ils discutent de mon cas.
- Je comprends que je dois payer des honoraires pour ce service à chaque visite et que les rendez-vous annulés dans un délai de moins de 24 heures me seront facturés.
- Je comprends que le CCIO est un centre de formation et qu'il est donc possible que des étudiants ou d'autres praticiens assistent aux séances ou les dirigent aux fins d'apprentissage.
- Je comprends que l'information de mon dossier médical peut être analysée à des fins de recherche et que mon identité sera protégée et gardée confidentielle.

Si vous avez des questions au sujet de ce formulaire, veuillez les poser directement à votre clinicien :

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____

Date : _____



OICC
OTTAWA INTEGRATIVE
CANCER CENTRE

Signature : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DE SES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La confidentialité et la protection de vos renseignements personnels sont importantes pour le Centre de cancérologie intégrative d'Ottawa (CCIO).

Tous les membres du personnel qui prennent connaissance de vos renseignements personnels connaissent la nature délicate des renseignements que vous nous avez communiqués. Ils ont reçu une formation sur l'utilisation et la protection appropriées de vos renseignements.

Notre politique de confidentialité décrit les mesures prises par le CCIO pour garantir que :

- Seuls les renseignements nécessaires à votre sujet sont recueillis.
- Nous communiquons vos renseignements uniquement avec votre consentement.
- L'entreposage, la conservation et la destruction de vos renseignements personnels respectent les lois existantes et les protocoles de protection de la vie privée.
- Nos protocoles de protection de la vie privée respectent les lois sur la protection de la vie privée et les normes de l'organisme de réglementation des professions de naturopathie.

COLLECTE, UTILISATION ET DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DES PATIENTS PAR NOTRE CLINIQUE

Nous nous engageons à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements de façon responsable pour les fins suivantes :

- Évaluer vos problèmes de santé, vous fournir des soins de santé et vous informer des possibilités de traitement.
- Établir et maintenir le contact avec vous.
- Vous rappeler vos rendez-vous.
- Nous permettre d'assurer un suivi efficace pour les traitements.
- Facturer des biens et des services.
- Traiter les paiements par carte de crédit, percevoir les comptes impayés et assurer le suivi des factures au besoin.
- Respecter toutes les exigences réglementaires et juridiques notamment les ordonnances du tribunal, ainsi que l'obligation prescrite par la loi de signaler aux autorités la violence faite aux enfants, les maladies à déclaration obligatoire et les personnes pouvant présenter un risque imminent de se blesser ou de blesser autrui.
- Assurer la formation et la recherche (cela comprend les résumés ou séries de cas, les photographies, les résultats de laboratoire et les autres renseignements médicaux pertinents). Votre identité sera protégée en tout temps et les renseignements permettant de vous identifier seront modifiés, au besoin, pour protéger votre vie privée dans tous les cas susmentionnés.

CONSENTEMENT DU PATIENT

J'ai examiné l'information ci-dessus qui explique la façon dont le CCIO utilisera mes renseignements personnels ainsi que les mesures qu'il prendra pour les protéger.

Je consens à ce que le CCIO recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels à mon sujet, _____, comme expliqué ci-dessus relativement aux politiques du CCIO sur la protection de la vie privée. (Nom du patient).

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____

Date : _____

Signature : _____

Politiques et lignes directrices

L'équipe de professionnels de la santé autorisés du Centre de cancérologie intégrative d'Ottawa (CCIO) offre des soins holistiques personnalisés et du soutien pour le traitement et la prévention du cancer et de sa récurrence. Le CCIO accueille les patients qui souhaitent prévenir le cancer ou qui en sont à différents stades : le diagnostic initial, les traitements traditionnels actifs, notamment la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie, la prévention de la récurrence du cancer et les cas avancés.

Visitez notre site Web www.oicc.ca pour en savoir plus.

Nous offrons plusieurs thérapies pour traiter la personne dans son intégralité, notamment :

- Naturopathie
- Soins médicaux
- Physiothérapie
- Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise (MTC)
- Conseils en nutrition
- Séances de yoga individuelles et collectives
- Counseling/psychothérapie
- Réflexologie
- Thérapie intraveineuse
- Massothérapie (massothérapeute autorisé)
- Thérapie craniosacrale
- Accompagnement en vie consciente
- Hypnothérapie
- Reiki
- Thérapie familiale

Lisez attentivement et observez ces politiques et lignes directrices afin de respecter l'ensemble des patients, des cliniciens et des employés du CCIO :

- Le personnel à la réception se fera un plaisir de répondre à vos besoins. Afin d'obtenir le meilleur service possible, appelez la réception au 613-792-1222. **Il n'est pas possible de prendre rendez-vous et de discuter des problèmes de santé par courriel.** Tous les patients auront accès à un coordonnateur de soins qui se chargera de les guider et de faciliter leur traitement au CCIO. Pour communiquer avec votre coordonnateur de soins, adressez-vous à la réception.
- Des frais d'annulation correspondant à **50 % du coût du traitement** s'appliquent pour tout rendez-vous annulé dans un délai de moins de **24 heures**. Les rendez-vous pour les thérapies intraveineuses peuvent être annulés sans pénalité jusqu'à 8 h du matin le jour du traitement.
- Pour que nous puissions servir nos patients dans les délais prévus, nous vous demandons d'arriver à l'heure pour vos rendez-vous. Nous ne pouvons pas prolonger les heures de rendez-vous pour rendre service aux patients qui arrivent en retard.
- Les dossiers médicaux des services de santé demeureront confidentiels et ne seront pas communiqués sauf si vous nous en faites la demande ou si la loi l'exige. Comme nous sommes un établissement intégratif, vous consentez implicitement à ce que tout le personnel soignant du CCIO qui vous prodigue des soins puisse consulter vos dossiers médicaux. Vous pouvez retirer votre consentement de façon explicite en tout temps. Vous pouvez consulter vos dossiers médicaux en tout temps et nous pouvons vous en fournir une copie sur demande moyennant des frais minimes.
- Présentement, le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) ne couvre pas les médecines douces ou parallèles. Certains frais peuvent être admissibles au remboursement dans le cadre de régimes d'assurance privés; toutefois, le CCIO n'offre pas la facturation à un tiers. Des honoraires s'appliquent à tous les patients le jour de leur visite. Les patients qui ont des problèmes financiers pouvant les empêcher de bénéficier d'autres possibilités de traitement sont invités à se renseigner sur les soins subventionnés.
- Le CCIO est un centre de formation pour l'avancement de la cancérologie intégrative et il accueille régulièrement des internes. Il peut arriver que l'on vous demande qu'un interne assiste à votre visite comme observateur ou qu'un externe ou un résident prenne part à vos soins, mais vous avez le droit de refuser.

Voir au verso

Politiques et lignes directrices

- Le CCIO est une installation de recherche qui mène des études en oncologie intégrative. Les renseignements de vos dossiers médicaux peuvent être analysés et publiés à des fins de recherche, mais votre identité sera protégée et demeurera confidentielle. Vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche.
- À moins d'une demande explicite contraire de votre part, le CCIO peut communiquer directement avec votre oncologue, votre chirurgien ou d'autres professionnels de la santé à des fins d'information et de collaboration concernant vos soins. Les cliniciens du CCIO s'efforceront de parvenir à un consensus avec les autres professionnels de la santé sur les plans de traitement, mais le patient est responsable au bout du compte de choisir son plan intégratif de soins.

Communications par courriel

Les patients qui souhaitent recevoir par courriel les communications relatives au traitement dispensé au CCIO doivent connaître les risques suivants :

- La confidentialité et la sécurité des courriels ne peuvent pas être garanties : les employeurs et les services en ligne peuvent avoir légalement le droit d'inspecter et de retenir les courriels transmis dans leurs systèmes; de plus, il est impossible de vérifier l'identité véritable de l'expéditeur ou de garantir que seul le destinataire pourra lire le courriel après son envoi.
- Les courriels peuvent introduire des virus dans un système informatique et causer ainsi des dommages à l'ordinateur.
- Un courriel est indélébile. Même si l'expéditeur et le destinataire suppriment leurs copies du courriel, il peut en exister des copies dans un ordinateur ou dans le cyberspace.
- Si dans son courriel le patient demande une réponse de la part du CCIO et qu'il ne reçoit pas de réponse dans un délai raisonnable, il lui incombe de faire un suivi pour déterminer si le destinataire prévu a bien reçu le courriel et quand il compte y répondre.
- Il incombe au patient d'informer le CCIO des types de renseignements qu'il ne veut pas recevoir par courriel.
- Le CCIO utilisera des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité des renseignements envoyés et reçus par courriel; toutefois, en raison des risques susmentionnés, le CCIO ne peut pas garantir la sécurité et la confidentialité des communications par courriel et il ne sera pas responsable de la divulgation inappropriée de renseignements confidentiels qui ne découle pas directement d'une inconduite volontaire de la part de son personnel ou de stagiaires.
- Les cliniciens du CCIO s'efforceront de répondre rapidement aux courriels envoyés par le patient, mais le CCIO ne peut pas garantir qu'un certain courriel sera lu et que l'on y répondra dans un certain délai. Par conséquent, les patients ne devraient pas utiliser le courriel pour les urgences médicales ni pour d'autres questions exigeant une réponse rapide.
- Une communication par courriel ne remplace pas un examen clinique.

Je comprends les politiques et les lignes directrices ci-dessus et j'accepte de les respecter durant mon traitement au Centre de cancérologie intégrative d'Ottawa.

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature du patient : _____ Date : _____