

OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE (ODD)

La détresse est une émotion désagréable qui diminue la qualité de vie et peut nuire au fonctionnement. Elle est généralement associée à des préoccupations ou des problèmes de différentes natures. Aidez-nous à les reconnaître.															
1. COTE AU THERMOMÈTRE	2. LISTE DE PROBLÈMES														
<p>Date : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">Année</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Mois</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Jour</td></tr><tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr></table></p> <p>Comment évaluez-vous votre détresse durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui?</p> <p style="text-align: center;">Encerclez un chiffre sur le thermomètre</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <p style="margin: 0;">Détresse extrême</p> <p style="margin: 0;">10</p> <p style="margin: 0;">9</p> <p style="margin: 0;">8</p> <p style="margin: 0;">7</p> <p style="margin: 0;">6</p> <p style="margin: 0;">5</p> <p style="margin: 0;">4</p> <p style="margin: 0;">3</p> <p style="margin: 0;">2</p> <p style="margin: 0;">1</p> <p style="margin: 0;">0</p> <p style="margin: 0;">Aucune détresse</p> </div>	Année	Mois	Jour				<p style="text-align: center;">Cochez tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>PRATIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> Travail / études</p> <p><input type="checkbox"/> Finances</p> <p><input type="checkbox"/> Se rendre aux rendez-vous</p> <p><input type="checkbox"/> Logement</p> <p><input type="checkbox"/> Activités / tâches quotidiennes</p> <p><input type="checkbox"/> Hygiène personnelle</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>PHYSIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> Concentration / mémoire</p> <p><input type="checkbox"/> Confusion</p> <p><input type="checkbox"/> Maux de tête</p> <p><input type="checkbox"/> Perte équilibre / chute</p> <p><input type="checkbox"/> Étourdissement</p> <p><input type="checkbox"/> Sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Poids</p> <p><input type="checkbox"/> Perte appétit</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés à avaler</p> <p><input type="checkbox"/> Constipation ou diarrhée</p> <p><input type="checkbox"/> Nausée ou vomissement</p> <p><input type="checkbox"/> Essoufflement</p> <p><input type="checkbox"/> Engourdissement / picotement</p> <p><input type="checkbox"/> Enflure bras / jambes</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté à parler</p> <p><input type="checkbox"/> Réaction cutanée (peau)</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>SOCIAL / FAMILIAL</p> <p><input type="checkbox"/> Me sentir comme un fardeau</p> <p><input type="checkbox"/> Préoccupations envers la famille / les amis</p> <p><input type="checkbox"/> Me sentir seul(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Activités sociales / loisirs</p> </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>HABITUDES DE VIE</p> <p><input type="checkbox"/> Tabagisme</p> <p><input type="checkbox"/> Consommation alcool / drogue</p> <p><input type="checkbox"/> Activités physiques</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>ÉMOTIONNEL</p> <p><input type="checkbox"/> Peurs / inquiétudes</p> <p><input type="checkbox"/> Tristesse</p> <p><input type="checkbox"/> Colère / frustration</p> <p><input type="checkbox"/> Changement d'apparence</p> <p><input type="checkbox"/> Intimité / sexualité</p> <p><input type="checkbox"/> Perte d'intérêt face à mes activités</p> <p><input type="checkbox"/> M'adapter à la maladie</p> </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>SPIRITUEL</p> <p><input type="checkbox"/> Me questionner sur le sens ou le but de ma vie</p> <p><input type="checkbox"/> Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances</p> </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>INFORMATION</p> <p><input type="checkbox"/> Comprendre la maladie et les traitements</p> <p><input type="checkbox"/> Communication avec l'équipe soignante</p> <p><input type="checkbox"/> Prendre une décision face aux traitements</p> <p><input type="checkbox"/> Connaître les ressources disponibles</p> </td> </tr> </table>	<p>PRATIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> Travail / études</p> <p><input type="checkbox"/> Finances</p> <p><input type="checkbox"/> Se rendre aux rendez-vous</p> <p><input type="checkbox"/> Logement</p> <p><input type="checkbox"/> Activités / tâches quotidiennes</p> <p><input type="checkbox"/> Hygiène personnelle</p>	<p>PHYSIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> Concentration / mémoire</p> <p><input type="checkbox"/> Confusion</p> <p><input type="checkbox"/> Maux de tête</p> <p><input type="checkbox"/> Perte équilibre / chute</p> <p><input type="checkbox"/> Étourdissement</p> <p><input type="checkbox"/> Sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Poids</p> <p><input type="checkbox"/> Perte appétit</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés à avaler</p> <p><input type="checkbox"/> Constipation ou diarrhée</p> <p><input type="checkbox"/> Nausée ou vomissement</p> <p><input type="checkbox"/> Essoufflement</p> <p><input type="checkbox"/> Engourdissement / picotement</p> <p><input type="checkbox"/> Enflure bras / jambes</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté à parler</p> <p><input type="checkbox"/> Réaction cutanée (peau)</p>	<p>SOCIAL / FAMILIAL</p> <p><input type="checkbox"/> Me sentir comme un fardeau</p> <p><input type="checkbox"/> Préoccupations envers la famille / les amis</p> <p><input type="checkbox"/> Me sentir seul(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Activités sociales / loisirs</p>	<p>HABITUDES DE VIE</p> <p><input type="checkbox"/> Tabagisme</p> <p><input type="checkbox"/> Consommation alcool / drogue</p> <p><input type="checkbox"/> Activités physiques</p>	<p>ÉMOTIONNEL</p> <p><input type="checkbox"/> Peurs / inquiétudes</p> <p><input type="checkbox"/> Tristesse</p> <p><input type="checkbox"/> Colère / frustration</p> <p><input type="checkbox"/> Changement d'apparence</p> <p><input type="checkbox"/> Intimité / sexualité</p> <p><input type="checkbox"/> Perte d'intérêt face à mes activités</p> <p><input type="checkbox"/> M'adapter à la maladie</p>	<p><input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME</p>	<p>SPIRITUEL</p> <p><input type="checkbox"/> Me questionner sur le sens ou le but de ma vie</p> <p><input type="checkbox"/> Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances</p>	<p>INFORMATION</p> <p><input type="checkbox"/> Comprendre la maladie et les traitements</p> <p><input type="checkbox"/> Communication avec l'équipe soignante</p> <p><input type="checkbox"/> Prendre une décision face aux traitements</p> <p><input type="checkbox"/> Connaître les ressources disponibles</p>
Année	Mois	Jour													
<p>PRATIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> Travail / études</p> <p><input type="checkbox"/> Finances</p> <p><input type="checkbox"/> Se rendre aux rendez-vous</p> <p><input type="checkbox"/> Logement</p> <p><input type="checkbox"/> Activités / tâches quotidiennes</p> <p><input type="checkbox"/> Hygiène personnelle</p>	<p>PHYSIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> Concentration / mémoire</p> <p><input type="checkbox"/> Confusion</p> <p><input type="checkbox"/> Maux de tête</p> <p><input type="checkbox"/> Perte équilibre / chute</p> <p><input type="checkbox"/> Étourdissement</p> <p><input type="checkbox"/> Sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Poids</p> <p><input type="checkbox"/> Perte appétit</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés à avaler</p> <p><input type="checkbox"/> Constipation ou diarrhée</p> <p><input type="checkbox"/> Nausée ou vomissement</p> <p><input type="checkbox"/> Essoufflement</p> <p><input type="checkbox"/> Engourdissement / picotement</p> <p><input type="checkbox"/> Enflure bras / jambes</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté à parler</p> <p><input type="checkbox"/> Réaction cutanée (peau)</p>														
<p>SOCIAL / FAMILIAL</p> <p><input type="checkbox"/> Me sentir comme un fardeau</p> <p><input type="checkbox"/> Préoccupations envers la famille / les amis</p> <p><input type="checkbox"/> Me sentir seul(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Activités sociales / loisirs</p>	<p>HABITUDES DE VIE</p> <p><input type="checkbox"/> Tabagisme</p> <p><input type="checkbox"/> Consommation alcool / drogue</p> <p><input type="checkbox"/> Activités physiques</p>														
<p>ÉMOTIONNEL</p> <p><input type="checkbox"/> Peurs / inquiétudes</p> <p><input type="checkbox"/> Tristesse</p> <p><input type="checkbox"/> Colère / frustration</p> <p><input type="checkbox"/> Changement d'apparence</p> <p><input type="checkbox"/> Intimité / sexualité</p> <p><input type="checkbox"/> Perte d'intérêt face à mes activités</p> <p><input type="checkbox"/> M'adapter à la maladie</p>	<p><input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME</p>														
<p>SPIRITUEL</p> <p><input type="checkbox"/> Me questionner sur le sens ou le but de ma vie</p> <p><input type="checkbox"/> Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances</p>	<p>INFORMATION</p> <p><input type="checkbox"/> Comprendre la maladie et les traitements</p> <p><input type="checkbox"/> Communication avec l'équipe soignante</p> <p><input type="checkbox"/> Prendre une décision face aux traitements</p> <p><input type="checkbox"/> Connaître les ressources disponibles</p>														
3. ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES															
Encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état au cours des dernières 24 heures															
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													
Aucune nausée	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire nausées possible													
Aucune dépression	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire dépression possible													
Aucune anxiété	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire anxiété possible													
Aucune somnolence	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire somnolence possible													
Très bon appétit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Aucun appétit possible													
Meilleure sensation de bien-être	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire sensation de mal-être possible													
Aucun essoufflement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire essoufflement possible													
Autre problème	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10														
Précisez : _____															
Souhaitez-vous avoir de l'aide pour l'un des problèmes nommés ci-haut? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> J'en ai déjà															
Adaptation par l'équipe interdisciplinaire d'oncologie pulmonaire de l'UICPQ (octobre 2009) avec l'autorisation et le soutien de Santé Canada, par le Partenariat canadien contre le cancer															