

Ce journal destiné aux patients atteints d'un mélanome a été élaboré sous la direction du Dr Paul Klimo, directeur du Medical and Cancer Outpatient Department, Hôpital Lions Gate, North Vancouver, Colombie-Britannique. Sa mise au point finale a été effectuée en collaboration avec la fondation Save Your Skin. Cette publication a été réalisée grâce au financement de Bristol-Myers Squibb Canada.



Journal du patient atteint d'un mélanome



save your skin
FOUNDATION



Contenu

Section 1	Renseignements sur le patient	2
Section 2	Liste de professionnels	4
Section 3	Symptômes	6
Section 4	Plan de traitement	8
Section 5	Visites à la clinique	10
Section 6	Liste de médicaments	23
Section 7	Suivi et surveillance.....	27
Section 8	Feuille de suivi des rendez-vous.....	29
Section 9	Questions à poser à votre médecin.....	31
Section 10	Notes	32

Renseignements sur le patient

Nom _____
 Adresse _____
 Téléphone à domicile _____
 Téléphone cellulaire _____
 Médecin de famille _____

Antécédents médicaux

(p. ex. maladies et opérations antérieures [mentionner la date])

- Troubles cardiaques : Non Oui
 Troubles pulmonaires : Non Oui
 Chirurgie abdominale : Non Oui
 Troubles immunodéficients (p. ex. mononucléose) : Non Oui
 Autre (veuillez préciser) _____

Mode de vie

- À l'extérieur : J'utilise un écran solaire dont le facteur de protection solaire (FPS) est d'au moins 30. À quelle fréquence? _____
 Je porte un chandail/une chemise à manches longues et un pantalon lorsque je m'expose au soleil.
 Je porte un chapeau et des lunettes de soleil lorsque je m'expose au soleil.
 J'utilise des lits de bronzages. À quelle fréquence? _____
- Tabagisme : Jamais
 Ancien fumeur
 Nombre d'années d'usage du tabac _____
 Quand avez-vous cessé de fumer? _____
 Fumeur
 Depuis combien d'années fumez-vous? _____
 Combien de cigarettes par jour fumez-vous? _____
- Alcool : Jamais
 Boit en société Combien de verres buvez-vous par semaine?
 Vin _____ Bière _____ Autre _____

Antécédents familiaux

Membre de la famille	En vie	Maladies graves	
		Cancer	Autres
Mère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Âge* : _____		
Père	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Âge* : _____		
Sœur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Âge* : _____		
Frère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Âge* : _____		
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Âge* : _____		

* Âge actuel ou âge au décès

Allergies/intolérances

Aliments _____

 Médicaments _____

 Autre _____

Liste de professionnels

Médecin de famille D^r _____
Tél. _____

Oncologue médical D^r _____
Tél. _____

Dermatologue Nom _____
Tél. _____

Chirurgien plasticien Nom _____
Tél. _____

Autre chirurgien Nom _____
Tél. _____

Infirmière en oncologie Nom _____
Tél. _____

Nutritionniste Nom _____
Tél. _____

Travailleur social Nom _____
Tél. _____

Réceptionniste Nom _____
Tél. _____

Psychologue Nom _____
Tél. _____

Pharmacien en oncologie Nom _____
Tél. _____

Groupe de soutien Nom _____
Tél. _____

Physiothérapeute Nom _____
Tél. _____

Pharmacien du patient Nom _____
Tél. _____

Autre Nom _____
Tél. _____

Nom _____
Tél. _____

Nom _____
Tél. _____

Nom _____
Tél. _____

Symptômes

Si vous ressentez un effet secondaire causé par vos médicaments, vous pouvez le noter et en parler à votre médecin à votre prochaine visite. Toutefois, s'il s'agit d'un cas urgent, rendez-vous au service des urgences de l'hôpital.

Date et heure	Nom du médicament	Symptômes

Symptômes

Si vous ressentez un effet secondaire causé par vos médicaments, vous pouvez le noter et en parler à votre médecin à votre prochaine visite. Toutefois, s'il s'agit d'un cas urgent, rendez-vous au service des urgences de l'hôpital.

Date et heure	Nom du médicament	Symptômes

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Visite à la clinique

La semaine de _____ à _____

Traitement

Nom du médicament	
Date	
Heure	
Lieu	

Rendez-vous

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Liste de médicaments

Quand?	Nom du médicament	Aspect (couleur, forme, etc.)	Posologie	Pourquoi?

Liste de médicaments

Quand?	Nom du médicament	Aspect (couleur, forme, etc.)	Posologie	Pourquoi?

Liste de médicaments

Quand?	Nom du médicament	Aspect (couleur, forme, etc.)	Posologie	Pourquoi?

Liste de médicaments

Quand?	Nom du médicament	Aspect (couleur, forme, etc.)	Posologie	Pourquoi?

Suivi et surveillance

Après un diagnostic de mélanome, le risque de récurrence ou d'apparition d'un autre mélanome est plus élevé. Par conséquent, votre médecin fera un examen exhaustif de votre peau au moins une fois par année pour le reste de votre vie. Vous avez la responsabilité de communiquer avec votre médecin et de prendre rendez-vous.

Autosurveillance

Réalisé régulièrement, l'autoexamen vous permet de déceler les changements d'apparence de votre peau et favorise une détection précoce du cancer. Prêtez attention à votre corps et soyez à l'affût de tout changement. Prenez l'habitude de faire un autoexamen au moins une fois par mois. Certains changements sont externes et vous pouvez les voir dans le miroir, alors que d'autres sont internes et ne sont que palpables. Surveillez l'apparition de tout signe ou symptôme.

Votre médecin vous expliquera comment examiner votre peau et vos ganglions lymphatiques. Durant l'autoexamen, portez attention aux grains de beauté qui ont changé d'apparence (couleur, taille, épaisseur, texture), aux nouvelles excroissances, aux plaies qui ne guérissent pas et aux régions de peau anormales. Assurez-vous d'examiner l'arrière de votre corps. Pour ce faire, utilisez un miroir ou demandez à quelqu'un de faire l'examen pour vous. Communiquez immédiatement avec votre médecin si vous remarquez une anomalie, quelle qu'elle soit.

Si vous ne présentez ni signes ni symptômes de mélanome, vous pouvez suivre le calendrier suggéré ci-dessous. En cas d'apparition de nouveaux signes ou symptômes, votre médecin procédera à une évaluation et déterminera le traitement et le suivi appropriés selon vos résultats de tests.



