

**Guide pratique à l'intention des
infirmières en oncologie et
en soins palliatifs**

**Utilisation du modèle PQRSTUV
pour l'évaluation des symptômes
oncologiques et palliatifs
les plus fréquents**

Table des matières

Introduction	p. 4
Définition de l'acronyme PQRSTUV	p. 5
Anorexie – (trouble caractérisé par la perte d'appétit)	p. 6
Anxiété	p. 8
Constipation	p. 10
Diarrhée	p. 12
Douleur	p. 14
Dyspnée	p. 16
Fatigue	p. 18
Insomnie	p. 20
Mucosite buccale	p. 22
Nausées	p. 24
Réactions cutanées	p. 26
Vomissements	p. 29
Références	p. 31

Introduction

Malgré l'évolution de la science et des technologies, les patients en oncologie ou en soins palliatifs expérimentent encore des symptômes qui sont parfois difficiles à soulager.

Ces symptômes peuvent avoir un impact majeur sur la qualité de vie des patients ainsi que sur leurs relations avec leurs proches. Un des besoins exprimés par les patients est l'implication des professionnels pour le meilleur soulagement possible des symptômes.

L'infirmière joue un rôle déterminant dans l'évaluation des symptômes et assure un suivi avec des interventions en soins infirmiers basées sur des données probantes et associées à des concepts de partenariat avec le patient et ses proches.

Ce guide s'avère donc un outil de soutien théorique et pratique pour les infirmières. Il consiste en une série de questions que l'infirmière peut utiliser selon son jugement clinique pour une évaluation optimale des symptômes.

De plus, nous y avons ajouté, pour chaque symptôme, l'échelle de grade « CTCAE » de l'Institut national du cancer.

Les grades permettent d'évaluer objectivement la sévérité ou la toxicité d'un symptôme, offrent une terminologie descriptive commune à tous et orientent vers la continuité ou l'arrêt des traitements. D'ailleurs, cet outil d'évaluation est couramment utilisé par les équipes médicales et les pharmaciens.

Nous vous encourageons, lorsque vient le temps d'évaluer un symptôme, de compléter l'évaluation PQRSTUV avec le grade de sévérité et un examen clinique.

Il est important de toujours porter attention au diagnostic, aux traitements et à la médication prise, prescrite ou non, en lien avec les symptômes manifestés ainsi que les pathologies associées.

Définition de l'acronyme PQRSTUV

P- éléments qui provoquent/précipitent/aggravent et pallient

Qu'est-ce qui provoque le symptôme?

Qu'est-ce qui le soulage? Ce qui l'aggrave?

Q- qualité/quantité

Que ressentez-vous? Pouvez-vous le décrire?

R- région

À quel endroit? Y a-t-il des irradiations?

S- sévérité/symptômes associés

Quelle est l'intensité de ce symptôme (sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune et 10 étant le plus mauvais possible)?

Maintenant? Au mieux? Au pire? En moyenne?

Y a-t-il un ou d'autres symptôme (s) qui accompagnent ce symptôme?

T- temps/traitement

Depuis combien de temps ressentez-vous ce symptôme?

Combien de temps durent les épisodes?

À quelle fréquence?

Quels médicaments et quels traitements avez-vous utilisés dans le passé et utilisez-vous actuellement?

Quelle en est l'efficacité?

Avez-vous des effets secondaires des médicaments ou des traitements?

U- *understanding* - signification du symptôme pour le patient et ses proches

Qu'est-ce qui est à l'origine de ce symptôme, selon vous?

Comment ce symptôme vous affecte-t-il, vous et vos proches?

V- visée du patient en lien avec le soulagement du symptôme

Quel est votre objectif de confort ou niveau acceptable pour ce symptôme (sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune et 10 étant le plus mauvais possible)?

Y a-t-il d'autres points de vue ou des émotions au sujet de ce symptôme qui sont importants pour vous ou vos proches?

Anorexie (trouble caractérisé par une perte d'appétit)

P – provoque

Avez-vous une idée de ce qui peut provoquer votre perte d'appétit?

Avez-vous diminué vos activités dans les dernières semaines?

Avez-vous des nausées et/ou des vomissements actuellement?

Avez-vous de la douleur? (*exemple : bouche, estomac, abdomen*)

Avez-vous de la difficulté à avaler?

Souffrez-vous de constipation ou de diarrhée?

Vous sentez-vous plus fatigué?

Vous sentez-vous plus anxieux?

P - pallie

Qu'est ce qui pourrait, selon vous, vous redonner de l'appétit ou l'améliorer?

Q - qualité

Décrivez-moi ce que vous mangez dans une journée?

Est-ce une perte d'appétit générale ou pour certains aliments seulement?

Est-ce une perte d'appétit pour la nourriture seulement, ou pour les liquides aussi?

Est-ce que votre perte d'appétit est associée à un contexte particulier? (*exemple : repas seul ou entouré, odeurs, lieu, etc.*)

R - région

N/A

S - sévérité

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune perte d'appétit et 10 étant une perte d'appétit sévère, comment évaluez-vous votre appétit en ce moment?

Arrivez-vous tout de même à manger? Si oui, quelle quantité?

Est-ce que vous vous hydratez? Quelle quantité?

Symptômes associés

Avez-vous perdu du poids ces derniers temps?

Avez-vous été hospitalisé pour des problèmes digestifs?

Dans le passé, avez-vous eu des problèmes avec votre poids? (*exemple : anorexie, boulimie, régime strict*)

Avez-vous soif?

Avez-vous la bouche sèche?

Êtes-vous étourdi en position debout présentement?

Urinez-vous moins souvent?

T – temps/traitement

Depuis combien de temps avez-vous cette perte d'appétit?

Est-ce que la baisse d'appétit varie selon les journées?

Est-ce la première fois que vous avez une perte d'appétit?

Sinon, quand et qu'avez-vous fait à ce moment?

Est-ce que vous avez changé certains médicaments qui pourraient influencer votre appétit? (*exemple : antidépresseurs*)

U – understanding

Quel est l'impact de cette baisse d'appétit sur votre qualité de vie?

Quel est l'impact d'une perte de poids sur votre moral? (*image corporelle – estime de soi*)

Quel est l'impact de cette baisse d'appétit sur vous et votre proche? (*exemple : malaise à aller au restaurant*)

Est-ce que le manque d'appétit affecte votre moral ou celui de vos proches?

V – visée

Quelles sont vos attentes par rapport à l'appétit?

À part la perte d'appétit, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

ANOREXIE

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Perte d'appétit mais sans modification des habitudes alimentaires	Altération de la prise alimentaire sans perte de poids significative ni malnutrition; nécessitant une supplémentation nutritionnelle orale	Associée à une perte de poids significative ou à une malnutrition (exemple : apport calorique ou liquidien par voie orale insuffisant) ; nécessitant une sonde de nutrition entérale ou une nutrition parentérale totale	Mise en jeu du pronostic vital; nécessitant une prise en charge en urgence

Traduction libre: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Anxiété

P - précipite

Dans les dernières semaines, avez-vous remarqué des situations particulières qui auraient provoqué ou augmenté cette anxiété?

Avez-vous des inquiétudes spécifiques présentement?

Avez-vous appris une mauvaise nouvelle?

Est-ce qu'il y a eu des changements dans votre état de santé, diagnostic, traitement?

Avez-vous ressenti de nouveaux symptômes qui vous inquiètent?

Vivez-vous des situations difficiles avec votre entourage en ce moment?

P - pallie

Avez-vous tenté des moyens pour diminuer cette anxiété? (exemple : relaxation, visualisation, technique de respiration)

Avez-vous de la médication prescrite contre l'anxiété?

Laquelle? À quelle fréquence? Êtes-vous soulagé?

Si vous aviez plus d'information sur la maladie, les traitements ou les symptômes, cela calmerait-il vos inquiétudes?

Q - qualité

Comment cette anxiété se manifeste-t-elle dans votre corps? (*exemple : tremblement, étouffement, serrement dans la gorge ou poitrine, agitation intérieure, sensation de peur, sensation de panique, palpitation, engourdissement, crampes abdominales, diarrhée, transpiration, baisse d'appétit, etc.*)

R - région

N/A

S - sévérité

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune anxiété et 10 étant une anxiété extrême, comment évaluez-vous l'anxiété en ce moment? Dans les dernières 24 heures?

Dans les dernières semaines?

Symptômes associés

Avez-vous le sentiment d'être incapable de vous détendre?

Avez-vous des épisodes de peurs subites?

Avez-vous des problèmes de sommeil?

Avez-vous une baisse d'appétit?

Ressentez-vous de la douleur? Si oui, est-ce que la médication prescrite pour la douleur vous soulage?

T – temps/traitement

Depuis combien de temps êtes-vous anxieux?

Quels sont les moments de la journée où vous vous sentez le plus anxieux?

Est-ce que l'anxiété est variable dans le temps ou constante?

Est-ce la première fois que vous vivez de l'anxiété?

Sinon, quand et qu'avez-vous fait par le passé pour diminuer l'anxiété ressentie?

U - understanding

Attribuez-vous une cause particulière à cette anxiété?

Est-ce que cette anxiété affecte vos activités de tous les jours?
(exemple : activités familiales et sociales, etc.)

Si oui, de quelle façon?

Est-ce que cette anxiété affecte votre moral actuellement?

Est-ce que cette anxiété affecte votre caractère actuellement?
(exemple : irritabilité)

Quel est l'impact de ce symptôme sur vous et vos proches?

V - visée

Sur une échelle de 0 à 10 quel serait un niveau d'anxiété acceptable pour vous?

À part l'anxiété, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

ANXIÉTÉ

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Symptômes légers. Intervention non requise.	Symptômes modérés; interférant avec les AVQ.	Symptômes sévères; affectant les activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ). Hospitalisation indiquée.	Mise en jeu du pronostic vital. Danger pour soi-même et pour les autres, idées suicidaires. Hospitalisation requise.

Traduction libre: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Constipation

P - précipite

Avez-vous remarqué un élément particulier qui aurait provoqué cette constipation?

Est-ce que cette constipation s'est manifestée à la suite d'une chirurgie, d'un traitement ou d'une médication prescrite?

Est-ce que votre niveau d'activité physique a diminué depuis quelques temps?

Avez-vous changé votre alimentation et/ou consommation de liquide depuis quelques jours?

P - pallie

Avez-vous tenté des moyens pour soulager cette constipation? Si oui, lesquels?

Avez-vous pris des médicaments contre la constipation? Lesquels? À quelle fréquence?

Est-ce que cette médication soulage la constipation?

À part les médicaments, avez-vous tenté de soulager autrement la constipation? Comment?

Q - qualité

Depuis combien de jours n'êtes-vous pas allé à la selle?

Quelles sont vos habitudes de selles?

Avez-vous tendance à être constipé?

Quelle est la consistance de vos selles actuellement?

Devez-vous forcer pour aller à la selle?

Ressentez-vous l'urgence d'aller à la selle sans arriver à les évacuer? (*ténesme*)

Avez-vous le sentiment d'avoir beaucoup de selles au rectum? (*fécalome*)

Ressentez-vous de la douleur au rectum?

Avez-vous des selles liquides malgré la constipation? (*fécalome*)

Quelle est la couleur de vos selles?

Avez-vous remarqué la présence de sang dans vos selles? Dans l'eau de toilette? Depuis quand?

Êtes-vous porteur d'une stomie? Si oui, laquelle?

R - région

N/A

S - sévérité

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune constipation et 10 étant une constipation sévère, comment évaluez-vous la constipation en ce moment?

Symptômes associés

Avez-vous mal au ventre?

Avez-vous des crampes abdominales?

Avez-vous le ventre dur? Gonflé?

Avez-vous moins d'appétit?

Avez-vous des nausées, des vomissements?

Si oui, de quelle couleur sont les vomissements?

Avez-vous des gaz? (*péristaltisme*)

Avez-vous de la difficulté à uriner?

Avez-vous des engourdissements, picotements, faiblesse dans les jambes?

T – temps/traitement

Depuis combien de temps êtes-vous constipé?

Est-ce la première fois que vous êtes constipé? Si non, quand avez-vous eu de la constipation et qu'avez-vous fait à ce moment?

Quel médicament prenez-vous présentement?

Quel type de traitement contre le cancer recevez-vous actuellement, ou avez-vous reçu dernièrement?

U – understandingâ

Par quoi est causée la constipation présentement, selon vous?

Connaissez-vous les éléments qui peuvent favoriser la constipation, comme la consommation insuffisante d'eau?

À quel point est-ce que la constipation vous incommode dans le quotidien?

V - visée

Quelle serait la fréquence acceptable d'élimination des selles pour vous?

À part la constipation, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

CONSTIPATION

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Symptômes occasionnels; recours à des émoullients, laxatifs, modification alimentaire ou lavements occasionnels.	Symptômes persistants et nécessitant des laxatifs ou des lavements réguliers. Interférant avec les AVQ.	Constipation persistante avec la nécessité d'évacuation manuelle; interférant avec les AVQ élémentaires.	Conséquences mettant en jeu le pronostic vital (obstruction, mégacôlon toxique). Prise en charge en urgence.

Traduction libre: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Diarrhée

P - provoque

Est-ce que certains aliments ou certains liquides provoquent ou aggravent ces diarrhées?

Vous sentez-vous plus anxieux, plus stressé ces derniers temps?

Est-ce que vous avez été en contact avec une personne qui a eu la diarrhée récemment?

Prenez-vous des médicaments contre la constipation?

Avez-vous été hospitalisé dernièrement? (*contamination par Clostridium difficile*)

Prenez-vous des antibiotiques actuellement ou en avez-vous pris dernièrement?

Avez-vous des antécédents médicaux de problèmes intestinaux? (*exemple : maladie de Crohn, colite ulcéreuse, côlon irritable, etc.*)

P - pallie

Avez-vous tenté des moyens pour soulager cette diarrhée? Si oui, lesquels?

Avez-vous pris des médicaments contre la diarrhée? Lesquels? À quelle fréquence?

Est-ce que cette médication a soulagé ces diarrhées?

Est-ce que le nombre de diarrhées a diminué? À combien?

À part les médicaments, avez-vous tenté de soulager autrement cette diarrhée? Comment?

Q - qualité

Quelles sont vos habitudes des selles? Êtes-vous porteur d'une stomie? Si oui, laquelle?

Quelle est la consistance de vos selles ? (*exemple : semi-pâteuse, liquide, molle, etc.*)

Quelle est la couleur de vos selles?

Y a-t-il présence de mucus dans vos selles?

Y a-t-il présence de sang dans vos selles?

R - région

N/A

S - sévérité

Comment évaluez-vous la sévérité de vos diarrhées en ce moment? (sur une échelle de 0 à 10)

Combien de diarrhées avez-vous eu dans les dernières heures ? Dans la dernière journée incluant la nuit?

Pouvez-vous évaluer approximativement la quantité de diarrhée évacuée à chaque fois? (*exemple : nombre de tasses*)

Symptômes associés

Avez-vous de la douleur au ventre ou à l'estomac?

Avez-vous eu des vomissements?

Avez-vous fait de la fièvre et en faites-vous actuellement?

Êtes-vous capable de boire? De vous alimenter?

Décrivez-moi vos repas depuis les derniers jours?

Quelle quantité de liquide avez-vous bu dans les dernières 24 heures?

Avez-vous soif? Avez-vous la bouche sèche?

Êtes-vous étourdi en position debout?

Ressentez-vous votre cœur battre plus vite?

Combien de fois avez-vous uriné dans les dernières heures?

Vos urines sont-elles plus foncées qu'à l'habitude?

Votre abdomen est-il gonflé?

Avez-vous été constipé dernièrement?

Avez-vous des crampes abdominales, des gaz?

Est-ce que la diarrhée vous empêche de dormir la nuit?

Souffrez-vous d'incontinence? (*fécale*)

T - temps/traitement

Depuis combien de temps avez-vous cette diarrhée?

Est-ce la première fois que vous avez des diarrhées? Sinon, quand et qu'avez-vous fait à ce moment?

Quel type de traitements contre le cancer recevez-vous ou avez-vous reçu dans les derniers mois? (chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie, etc.)

U - understanding

Est-ce que cette diarrhée affecte vos activités de tous les jours? (*exemple : activités familiales et sociales, etc.*) Si oui, de quelle façon?

V - visée

Quel serait l'objectif visé pour vous, par rapport aux diarrhées? Ne pas en avoir la nuit? Le jour avec les visiteurs?

À part la diarrhée, avez-vous d'autres symptômes actuellement?
--

DIARRHÉE

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Augmentation de 4 selles ou moins par jour par rapport à la valeur initiale. Légère augmentation des volumes de stomie.	Augmentation de 4 à 6 selles par jour par rapport à la valeur initiale; limitant les AVQ. Augmentation modérée des volumes de stomie.	Augmentation \geq 7 selles par jour par rapport à la valeur initiale; incontinence; affectant les AVQ; hospitalisation nécessitant perfusion IV pendant au moins 24 heures.	Mise en jeu du pronostic vital. Prise en charge en urgence.

Traduction libre: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Douleur

P - précipite

Qu'est ce qui provoque ou augmente la douleur?

(exemple : l'activité, l'environnement, le bruit, la lumière)

P - pallie

Qu'est-ce qui soulage ou diminue la douleur?

Avez-vous pris des médicaments contre la douleur? Lesquels?

À quelle fréquence?

Est-ce que cette médication soulage la douleur? Pendant combien de temps?

Prenez-vous votre médication régulièrement?

Combien d'entredoses avez-vous pris hier? Dans les dernières 24 heures?

Avez-vous des effets secondaires avec la prise de cette médication?

Est-ce que ces effets secondaires vous dérangent?

À part les médicaments, avez-vous tenté de soulager autrement cette douleur? Comment? (exemple : chaleur/froid, repos)

Qu'est ce qui pourrait vous aider à être mieux soulagé?

Q - qualité

Quels mots utiliseriez-vous pour décrire la douleur?

(exemple : vague, diffuse, lancinante tiraillement, coup de poignard, brûlure, picotement, fourmillement, élancement, pénétrante, en étau, lourdeur, épuisante, angoissante, obsédante, insupportable, énervante, exaspérante, déprimante, etc.)

R - région

Où se situe la douleur? (Montrez-le moi avec un doigt.)

Y a-t-il plus d'un endroit douloureux?

Est-ce que la douleur se déplace vers d'autres régions du corps?

S'agit-il d'un nouvel endroit douloureux?

S - sévérité

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune douleur et 10 la pire douleur que vous puissiez imaginer, comment évaluez-vous votre douleur en ce moment?

Lorsque vous êtes au repos? Lorsque vous êtes actif?

Dans les dernières 24 heures? Dans les dernières semaines?

Après avoir pris votre médication?

Symptômes associés

Est-ce que vous avez le sentiment que la douleur engendre d'autres symptômes? (*exemple : constipation, insomnie, fatigue, somnolence, baisse d'appétit, anxiété, difficulté à uriner, difficulté de concentration, etc.*)

Vous sentez-vous triste, anxieux ou déprimé?

T – temps/traitement

Depuis combien de temps avez-vous de la douleur?

Trouvez-vous que la douleur a augmenté ces derniers temps?

L'intensité de la douleur est-elle continue?

Combien de temps peuvent durer les épisodes de douleur?

Est-ce la première fois que vous éprouvez une telle douleur? Sinon, quand et qu'avez-vous fait à ce moment-là?

Quelle médication prenez-vous? Depuis combien de temps?

U – understanding

Attribuez-vous une cause particulière à cette douleur?

Avez-vous eu une expérience de douleur dans le passé?

Comment réagissez-vous habituellement à la douleur ou au stress?

Est-ce que la douleur affecte votre moral? Si oui de quelle façon?

Est-ce que la douleur affecte votre comportement? (*agressivité, colère, pleurs*)? Si oui de quelle façon?

Est-ce que la douleur affecte vos activités de tous les jours? Si oui, de quelle façon? (*exemple : soins d'hygiène, activités domestiques comme les repas, le ménage, activités familiales et sociales, etc.*)

Quel est l'impact de la douleur sur vous-même? Sur vos proches?

V – visée

Sur une échelle de 0 à 10, quel serait le niveau de douleur acceptable pour vous?

À part la douleur, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

DOULEUR

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Douleur légère,	Douleur modérée; interférant avec les AVQ	Douleur sévère; présente au repos; interférant sévèrement les AVQ élémentaires	-----

Traduction libre : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Dyspnée

P - précipite

Qu'est ce qui provoque selon vous cette difficulté à respirer?

Qu'est-ce qui augmente cette difficulté à respirer? (*exemple : parler, le repos, l'effort, monter les escaliers, la position couchée, la température, l'humidité, etc.*)

Est-ce que vous fumez? Avez-vous augmenté votre consommation de cigarettes par jour dernièrement?

P - pallie

Avez-vous tenté des moyens pour soulager cette difficulté à respirer? (*exemple : 2-3 oreillers dans le lit*)

Avez-vous pris des médicaments pour soulager cette difficulté à respirer? Lesquels? À quelle fréquence?

Est-ce que cette médication soulage cette difficulté à respirer?

Devez-vous utiliser plus d'un oreiller pour dormir?

Q - qualité

Décrivez-moi cette difficulté à respirer? (*exemple : essoufflement, souffle court, air qui ne passe pas, cillement, etc.*)

R - région

À quel endroit ressentez-vous cette difficulté à respirer? (*exemple : nez, gorge, poitrine, etc.*)

S - sévérité

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune difficulté à respirer et 10 étant une difficulté à respirer sévère, comment évaluez-vous votre difficulté à respirer en ce moment? Dans les dernières 24 heures? Dans les dernières semaines?

Symptômes associés

Souffrez-vous de maladies respiratoires?

Avez-vous fait de la fièvre, eu des frissons dernièrement?

Ressentez-vous votre cœur battre plus vite?

Est-ce que vous avez de la douleur dans la poitrine?

Est-ce que vous toussiez (*exemple : toux sèche, grasse, productive, quinte et émétisante*)?

Est-ce que vous crachez? Si oui, de quelle couleur sont vos crachats?

Est-ce que cette difficulté à respirer vous rend anxieux?

Êtes-vous capable de dormir la nuit?

T – temps/traitement

Depuis combien de temps avez-vous de la difficulté à respirer?

Est-ce que la difficulté à respirer a débuté subitement ou de façon graduelle en quelques jours?

Est-elle constante tout au long de la journée?

Est-ce la première fois que vous avez une telle difficulté à respirer?

Sinon, quand et qu'avez-vous fait à ce moment?

Prenez-vous des nouveaux médicaments? Si oui, lesquels?

Quel type de traitements contre le cancer recevez-vous ou avez-vous reçu dans les derniers mois? (chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie, etc.)

U – understanding

Attribuez-vous une cause particulière à cette difficulté à respirer?

Est-ce que cette difficulté à respirer affecte vos activités de tous les jours? Si oui, de quelle façon? (*exemple : vous laver, vous alimenter, faire les repas, entretenir la maison, activités familiales et sociales, etc.*)

Est-ce que cette difficulté à respirer affecte votre appétit, votre sommeil?

Quel est l'impact de cette difficulté à respirer sur vous et sur vos proches?

V - visée

Quelles sont vos attentes en lien avec le soulagement de la dyspnée?

À part la difficulté à respirer, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

DYSPNÉE

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Essoufflement lors d'un effort modéré.	Essoufflement lors d'un effort minime ; interférant avec les AVQ.	Essoufflement au repos; interférant avec les AVQ élémentaires.	Mise en jeu du pronostic vital ; nécessitant une prise en charge en urgence.

Traduction libre : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Fatigue

P - précipite

Qu'est ce qui provoque ou augmente votre fatigue?

Y a-t-il des moments où vous vous sentez davantage épuisé?

Est-ce la première fois que vous ressentez une telle fatigue?

Sinon, quand et qu'avez-vous fait à ce moment?

P - pallie

Avez-vous tenté de diminuer cette fatigue? Comment?

Qu'est-ce qui vous aide à diminuer votre fatigue actuellement?

Avez-vous pris des médicaments, des produits naturels contre la fatigue? Lesquels? À quelle fréquence? Avez-vous remarqué une amélioration sur votre fatigue?

Vous sentez-vous reposé après une nuit de sommeil? Une sieste?

Avez-vous noté un changement dans votre routine de sommeil?

Q - qualité

Comment qualifiez-vous votre sommeil? (*exemple : bon, paisible, agité, non récupérateur, etc.*)

R - région

N/A

S - sévérité

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune fatigue et 10 une fatigue extrême, comment évaluez-vous la fatigue en ce moment? Dans les dernières semaines? Dans les derniers mois?

Symptômes associés

Êtes-vous essoufflé à l'effort?

Êtes-vous essoufflé au repos?

Avez-vous des étourdissements?

Avez-vous plus froid?

Avez-vous de la lourdeur dans les jambes?

Ressentez-vous votre cœur battre plus vite?

Avez-vous de la douleur dans la poitrine?

Avez-vous une perte d'appétit?

Avez-vous des difficultés à vous concentrer?

T – temps/traitement

Depuis combien de temps êtes-vous fatigué?

Comment décririez-vous la fréquence de vos moments de fatigue (intermittent, constant)

Combien de temps sur 24 heures passez-vous au lit, en comptant les siestes?

Quel type de traitements contre le cancer recevez-vous ou avez-vous reçu dans les derniers mois? (chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie, etc.)

U – understanding

Attribuez-vous une cause particulière à cette fatigue?

Est-ce que cette fatigue affecte vos activités de tous les jours? Si oui, de quelle façon? (*exemple : soins d'hygiène, activités domestiques comme les repas, le ménage, activités familiales et sociales, etc.*)

Est-ce que la fatigue ressentie affecte votre moral actuellement?

Vous sentez-vous triste, anxieux ou déprimé?

Est-ce que vos activités de tous les jours vous demandent plus d'effort?

Quel est l'impact de cette fatigue sur vous et vos proches?

V - visée

Sur une échelle de 0 à 10, quel serait le niveau de fatigue convenable pour vous?

À part la fatigue, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

FATIGUE

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Fatigue qui s'améliore avec le repos.	Fatigue modérée qui ne s'améliore pas avec le repos ; interférant les AVQ..	Fatigue sévère affectant les AVQ élémentaires.	---

Traduction libre : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Insomnie

P - précipite

Dans les dernières semaines, avez-vous remarqué des situations particulières qui auraient provoqué l'insomnie?

Est-ce que le bruit, la lumière, la température de la pièce, le café ou l'alcool influence votre sommeil?

Avez-vous des inquiétudes particulières pouvant expliquer cette insomnie?

Avez-vous appris une mauvaise nouvelle?

Vivez-vous des situations difficiles avec votre entourage?

Avez-vous la manifestation de nouveaux symptômes qui vous empêchent de dormir?

P - pallie

Est-ce que vous vous êtes actif dans la journée?

Avez-vous tenté des moyens pour régler le problème d'insomnie? Si oui, lesquels? (*exemple : produits naturels*)

Avez-vous pris des médicaments prescrits contre l'insomnie? Si oui, lesquels?

Est-ce que cette médication est efficace?

À part les médicaments, avez-vous tenté de gérer autrement ce symptôme d'insomnie? Comment?

Q - qualité

Combien d'heures dormez-vous la nuit actuellement?

Quel est le nombre d'heures de sommeil nécessaire pour combler vos besoins de repos normalement?

Est-ce que vous vous endormez facilement?

Est-ce que vous vous réveillez la nuit et avez de la difficulté à vous rendormir?

Pouvez-vous identifier ce qui vous réveille la nuit?

Est-ce que vous vous levez très tôt le matin?

Avez-vous une routine de sommeil? (*exemple : heure de lever et de coucher*)

Êtes-vous capable de l'utiliser actuellement?

R - région

N/A

S - sévérité

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune insomnie et 10 étant une insomnie sévère, comment évaluez-vous l'insomnie en ce moment?

Est-ce que vous avez noté des changements dans vos heures de coucher et de lever?

Combien de nuits par semaine sont perturbées?

Combien de fois durant la nuit vous réveillez-vous?

Combien d'heures d'affilée pouvez-vous dormir sans vous réveiller?

T – temps/traitement

Depuis combien de temps souffrez-vous d'insomnie?

Est-ce la première fois que vous vivez de l'insomnie?

Sinon, quand dans votre vie et qu'avez-vous fait à ce moment?

Prenez-vous des nouveaux médicaments ces derniers temps?

(exemple : *décadron*)

U – understanding

Attribuez-vous une cause particulière à cette insomnie?

Est-ce que cette insomnie affecte vos activités de tous les jours?
(exemple : *activités familiales et sociales, activités d'hygiène, appétit, etc.*)

Quel est l'impact de ce symptôme sur vous et vos proches?

Est-ce que cette insomnie affecte votre moral actuellement?

Est-ce que cette insomnie vous rend plus irritable?

V – visée

Qu'est-ce qui serait convenable pour vous comme nuit de sommeil?

À part l'insomnie, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

INSOMNIE

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Difficulté légère à s'endormir, à rester endormi ou réveil précoce.	Difficulté modérée à s'endormir, à rester endormi ou réveil précoce.	Difficulté sévère à s'endormir, à rester endormi ou réveil précoce.	----

Traduction libre : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Mucosite buccale

P - précipite

Qu'est-ce qui provoque l'inconfort au niveau de la bouche, selon vous?
Quel type de traitements contre le cancer recevez-vous ou avez-vous reçu dans les derniers mois? (chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie, etc.)

P - pallie

Avez-vous tenté des moyens pour soulager cette mucosite? Si oui, lesquels?

Avez-vous pris des médicaments pour tenter de soulager cette mucosite? Lesquels et à quelle fréquence?

Q - qualité

Ressentez-vous des brûlures dans votre bouche, dans votre gorge, dans votre estomac, dans votre anus?

Y a-t-il des taches rouges ou blanches dans votre bouche?

Avez-vous des plaies, ulcères ou des cloques dans votre bouche? Si oui, combien?

Avez-vous des ulcérations qui saignent?

R - région

Où sont situées ces lésions dans votre bouche? Sur la langue, les gencives, le palais, les lèvres, l'intérieur des joues?

S - sévérité

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant un inconfort minime lié à l'inflammation de la bouche et 10 étant un inconfort maximal, comment évaluez-vous votre inconfort en ce moment?

Symptômes associés

Avez-vous de la douleur dans la bouche?

Avez-vous de la difficulté à avaler?

Avez-vous des nausées, des haut-le-cœur, une perte d'appétit?

Avez-vous des brûlures ou des reflux d'estomac?

Est-ce que votre goût des aliments a changé?

Est-ce que votre salive est plus épaisse qu'à l'habitude?

Pouvez-vous manger et boire? Si oui, quelles sont les quantités?

Avez-vous le sentiment d'avoir perdu du poids?

Avez-vous des prothèses dentaires? Si oui, pouvez-vous les porter ou aggravent-elles la douleur?

Avez-vous fait de la fièvre?

T – temps/traitement

Depuis combien de temps avez-vous cette inflammation de la bouche? Est-ce la première fois que vous avez des problèmes buccaux? Sinon, quand et qu'avez-vous fait à ce moment?

Avez-vous tenté des traitements comme un rince-bouche ou une autre solution?

Quel type de traitements contre le cancer recevez-vous ou avez-vous reçu dans les derniers mois? (chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie, etc.)

U – understanding

Selon vous, qu'est-ce qui cause cette mucosite?

Quel est l'impact de ce symptôme sur votre qualité de vie?

V - visée

Quel niveau d'inconfort lié à l'inflammation de la bouche serait acceptable pour vous?

À part l'inflammation dans la bouche, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

STOMATITE/MUCOSITE BUCCALE

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Asymptomatique ou symptômes légers (rougeur, irritation de la bouche sans lésion ni douleur); régime alimentaire normal.	Douleur modérée, (rougeur ou ulcère douloureux) mais n'interfère pas avec l'apport oral. Nécessitant une modification du régime alimentaire (exemple : texture molle, non épicé).	Symptomatique et impossibilité de s'alimenter ou de s'hydrater oralement de manière adéquate (affecte AVQ).	Symptômes associés à des conséquences mettant en jeu le pronostic vital.

Traduction libre : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Nausées

P - provoque

Qu'est-ce qui provoque, selon vous, cette nausée?

Quel type de traitements contre le cancer recevez-vous ou avez-vous reçu dans les derniers mois? (exemple : chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie, etc.)

Prenez-vous une nouvelle médication, ou avez-vous une augmentation de dose récemment? (exemple : opioïde, antinéoplasique, AINS)

P - pallie

Comment avez-vous tenté de soulager vos symptômes?

Avez-vous pris des médicaments ou des produits naturels contre la nausée? Lesquels? À quelle fréquence? Êtes-vous soulagé?

Quelle est la durée de son efficacité?

Êtes-vous capable de prendre votre médication prescrite PO contre les nausées?

À part les médicaments, avez-vous tenté de soulager autrement cette nausée? Si oui, Comment?

Q - qualité

Décrivez-moi la nausée que vous ressentez. Ces nausées empirent-elles avec les odeurs fortes, ou certains aliments, douleur, transport?

Nausées présentes à la mobilisation, même dans le lit, accompagnées de vertiges? Pires le matin?

R - région

N/A

S - sévérité

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune nausée et 10 étant une nausée constante et intense, comment évaluez-vous la nausée en ce moment? Dans les dernières 24 heures? Dans les derniers jours?

Symptômes associés

Avez-vous des nausées avec ou sans vomissements?

Est-ce que la nausée vous empêche de manger ou de boire?

Ressentez-vous d'autres malaises (crampes abdominales, ballonnements, hoquet, reflux gastrique)

Avez-vous de la douleur au ventre, à l'estomac?

Êtes-vous constipé? Avez-vous la diarrhée?

Avez-vous perdu du poids?

Avez-vous soif? Avez-vous la bouche sèche?

Êtes-vous étourdi en position debout?

Urinez-vous moins souvent depuis que vous êtes nauséux?

Êtes-vous plus anxieux ces temps-ci?

T – temps/traitement

Depuis quand avez-vous des nausées?

Est-ce que la nausée est variable dans le temps? Est-elle continue?

Est-ce que la nausée survient à un moment plus particulier de la journée?

Avez-vous déjà ressenti ce genre de nausée auparavant? Si oui, quand et qu'avez-vous fait à ce moment? (*exemple : douleur, fatigue, mal des transports, grossesse, facteurs psychosociaux tels que l'anxiété, la dépression, etc.*)

U – understanding

Attribuez-vous une cause particulière à cette nausée?

Est-ce que la nausée vous empêche de vous reposer, de dormir la nuit?

Est-ce que la nausée affecte votre vie de tous les jours? Si oui de quelle façon? (*exemple : vous alimenter, faire les repas, activités familiales et sociales, etc.*)

Quel est l'impact de cette nausée sur vous et sur votre entourage?

V – visée

Quel niveau d'inconfort lié aux nausées serait acceptable pour vous?

À part la nausée, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

NAUSÉES

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Perte d'appétit sans modification des habitudes alimentaires.	Diminution des prises alimentaires, sans perte de poids significative, déshydratation, ou malnutrition.	Apport calorique oral et ou hydrique insuffisants nécessitant une perfusion IV, une alimentation par sonde ou parentérale totale pendant au moins 24 h.	Conséquences mettant en jeu le pronostic vital.

Traduction libre : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Réactions cutanées

P (provoque)

Avez-vous une idée de ce qui peut provoquer votre éruption cutanée?

Avez-vous des allergies connues (médicament ou alimentaire)?

Recevez-vous ou avez-vous reçu dans les derniers mois des traitements de chimiothérapie, d'immunothérapie ou de radiothérapie?

Avez-vous été en contact avec de nouveaux produits, vêtements ou plantes?

Avez-vous commencé une nouvelle médication?

Avez-vous été en contact avec une personne ayant une maladie infectieuse?

P (pallie)

Avez-vous tenté des moyens pour soulager ou diminuer la réaction cutanée ? Si oui, lesquels?

Est-ce efficace et quelle est la durée de l'efficacité?

Q (qualité)

Décrivez-moi le genre de réaction cutanée? Est-ce sous forme de boutons, de rougeur sur la peau, de plaque, de lésions?

Est-ce que la peau brûle, pèle ou est accompagnée de démangeaisons?

Y a-t-il de l'enflure autour de la région cutanée en réaction?

Y a-t-il des écoulements ou des saignements au niveau des éruptions?

Avez-vous des plaies ouvertes ou qui coulent?

Selon vous, quelle proportion de votre corps est touchée par la réaction cutanée? (moins de 10 %, entre 10-30 %, ou plus de 30 %)

R (région)

À quel endroit se situe la réaction cutanée sur votre corps?

S (sévérité)

Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous la gravité de votre réaction cutanée en ce moment, 0 étant aucune réaction cutanée et 10 la pire réaction cutanée possible?

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point cette réaction cutanée vous inquiète-t-elle?

Symptômes associés

Avez-vous de la douleur?

Faites-vous de la fièvre?

Avez-vous des démangeaisons?

La réaction cutanée interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison, au travail ou affecte-t-elle votre sommeil?

T – temps/traitement

Quand avez-vous remarqué l'apparition de la réaction cutanée?
Est-ce la première fois que vous avez ce genre de réaction cutanée?
Depuis combien de temps ressentez un inconfort en lien avec la réaction cutanée?

U – understanding

Attribuez-vous une cause particulière à cette réaction cutanée?
Quel est l'impact de cette réaction sur vous et sur vos proches?

V – visée

Quel est votre objectif/votre souhait par rapport au soulagement de la réaction cutanée?

À part la réaction cutanée, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

RÉACTIONS CUTANÉES (PAPULE, PUSTULE, RASH)

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Légères et dispersées couvrant moins de 10 % de la surface corporelle, associées ou non à des symptômes de prurit ou de sensibilité cutanée.	Éruptions cutanées couvrant 10-30 % de la surface corporelle, associées ou non à des symptômes de prurit ou de sensibilité cutanée; impact psychosocial; interférant avec les AVQ.	Éruptions cutanées couvrant > 30 % de la surface corporelle, associées ou non à des symptômes modérés à sévères de prurit ou de sensibilité cutané ; interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ).	Mise en jeu du pronostic vital.

Traduction libre : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Dermatite radique

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Faible érythème ou desquamation sèche.	Érythème modéré à vif; desquamation suintante en plaques, affectant principalement les plis et replis cutanés; œdème modéré.	Desquamation suintante en plaque, affectant d'autres zones que les plis et replis cutanés ; saignement induit par des traumatismes ou abrasions mineures.	Mise en jeu du pronostic vital; nécrose cutanée ou ulcération de toute l'épaisseur du derme; saignement spontané des sites affectés; indication de greffe cutanée.

Traduction libre : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Vomissements

P (provoque)

Est-ce que certains aliments et/ou certains liquides aggravent ces vomissements?

P (pallie)

Comment avez-vous tenté de soulager ces vomissements?

Avez-vous pris des médicaments contre les vomissements? Lesquels?
À quelle fréquence?

(Si prescrit et non pris, vérifier la raison re : effet secondaire possible avec les antiémétiques)

Est-ce que cette médication soulage ces vomissements? Quelle est la durée de son efficacité?

Êtes-vous capable de prendre votre médication PO contre les vomissements?

À part les médicaments, avez-vous tenté de soulager autrement ces vomissements? Si oui, Comment?

Q (qualité)

De quelle couleur sont ces vomissements?

Y a-t-il présence de sang dans ces vomissements?

Est-ce que ces vomissements se présentent précédés d'une nausée, subitement ou sous effort?

Quelle quantité vomissez-vous à chacune des fois? (*exemple : tasse, cuillère, etc.*)

De quelle consistance sont ces vomissements? (*exemple : alimentaire, mousseux, épais, claire, bilieux, etc.*)

Les vomissements ont-ils une odeur particulière?

R (région)

N/A

S (sévérité)

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucun vomissement et 10 étant des vomissements continuels et intenses, comment évaluez-vous vos vomissements en ce moment?

Combien de fois avez-vous vomi dans les dernières heures? Dans les dernières 24 heures?

Symptômes associés

Êtes-vous constipé?

Avez-vous de la diarrhée?

Avez-vous de la douleur au ventre ou à l'estomac?

Êtes-vous capable de boire? De vous alimenter?

Décrivez-moi vos repas depuis 24 heures?

Quelle quantité de liquide avez-vous bue dans les dernières 24 heures?

Avez-vous soif?

Avez-vous la bouche sèche?

Êtes-vous étourdi en position debout présentement?

Urinez-vous moins souvent?

Quelle est la couleur de vos urines? (*exemple : jaune paille, jaune foncé, orange, rouge*)

Vous sentez-vous ballonné?

Votre abdomen est-il gonflé, dur?

Avez-vous perdu du poids? Combien?

T – temps/traitement

Depuis combien de temps avez-vous des vomissements?

Quand avez-vous vomi pour la dernière fois?

À quelle fréquence vomissez-vous? Après les repas? Après un effort?

Lors d'un épisode de douleur intense?

Est-ce la première fois que vous avez des vomissements? Sinon, quand et qu'avez-vous fait à ce moment? (*exemple : douleur, mal des transports, grossesse, facteurs psychosociaux tels que l'anxiété, la dépression, etc.*)

U – understanding

Attribuez-vous une cause particulière à ces vomissements?

Quel est l'impact de ces vomissements sur vous et sur vos proches?

V – visée

Quel est votre objectif/votre souhait par rapport au soulagement des vomissements?

À part les vomissements, avez-vous d'autres symptômes actuellement?

VOMISSEMENTS

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
1-2 épisodes de vomissements en 24 heures.	3 à 5 épisodes en 24 h : nécessitant des perfusions IV.	6 épisodes ou plus en 24 h : nécessitant des perfusions IV ou une alimentation parentérale totale, hospitalisation requise.	Conséquence mettant en jeu le pronostic vital.

Traduction libre : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute

Références

Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), V5.0: Novembre 2017, National Cancer Institute.

Fraser health. (2006). Hospice palliative care program – Symptom guidelines, Shervin Communications Inc.

Registered nurses' association of Ontario [RNAO]. (2013). Évaluation et prise en charge de la douleur (3^e Éd.), Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires, RNAO.

Stacey D. (2016), Guides de pratique d'évaluation à distance des symptômes pour les adultes suivant des traitements contre le cancer De l'équipe pancanadienne de triage des symptômes et aide à distance en oncologie (COSTaRS: Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support) Mars 2016

Production

Cette brochure est une réalisation du CISSS de la Montérégie-Centre, en collaboration avec :

Anne Plante, infirmière conseillère en oncologie et soins palliatifs

Roxanne Trahan, infirmière conseillère en oncologie

Justine Métayer, infirmière conseillère en soins palliatifs

Édition : juin 2018

Pour information ou question

L'infirmière pivot en oncologie et l'infirmière consultante en soins palliatifs (ICSP) de votre territoire sont là pour répondre aux questions des professionnels.

Informez-vous auprès de votre supérieur pour avoir leurs coordonnées.