**Association A.P.C.L.P. MISE A JOUR du SUIVI des ADHERENTS ( CONFIDENTIEL APCLP )**

**NOM** …………………………………....**Prénom**….........…………………

**Adresse électronique:**

**…..................................................................................... Adresse :......................................................................... Code Postal..........Commune:.......................................... Tél: Fixe ….................................... Mobile:.........................................**

**Date de naissance: ….../....../ …........**

**OBJET DE LA M ISE A JOUR :**

**Faire retour au Secrétaire Général**

*Jean-Bernard VILLESANGE*

*13, rue des Deux Communes*

*86180 BUXEROLLES*

[*jean-bernard.villesange@wanadoo.fr*](mailto:jean-bernard.villesange@wanadoo.fr)

**Afin de mieux cerner les problèmes concernant le cancer de la prostate, il vous est demandé de compléter et d’actualiser les informations relatives au vécu de votre cancer. Ces informations sont strictement confidentielles et nous permettrons de mieux suivre l’évolution de votre maladie afin de répondre à vos attentes , ainsi qu’aux interrogations de nos différents interlocuteurs.**

**AVANT le choix d’un traitement :**

**- Adénome de la prostate** « rabotage » **?:** ……. Année : ……….

- **Curage ganglionnaire ? :**……………………………………. « : ……..…

**- IRM Prostate :**…………… **IRM Multiparamétrique ?** (pour justifier biopsies) **:**…………………………………………..….…..

**- Biopsies :**…….**.**Année……..… Nbre prélèvements positifs : ……… **Score de gleason** :.….../…… **PSA :**……..…………..…...

**- Hormonothérapie :** Périodicité : ………….. Date début :……..…. Durée :…….. Mode de prise :…………………..................

- **Autres examens :** ………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..……

…………………………..………………………………………………………………………………………………………..…..………………………………..…….…..

**Commentaires :**……………………………………………………………………………………………………………........................................…………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…

**PENDANT le ou les traitements suivis :**

**- Surveillance active :**………..Début :………………. Fin :……………..En cours :…………………………………………………………..….….…

**- Prostatectomie radicale** (ablation) **:**……….….Date:….……...… Lieu **:**………………..............................................................

(souligner la technique) : ouverture abdomen………….....coelioscopie ………………..…assistée par robot……………….. ………

- **Radiothérapie externe :**……Date de fin :……………… Nbre séances **:** ………. Lieu **:** ………………….....................................

**- Radiothérapie stéréotaxique :** ……..……: ………..………….…………… **:** ………… **:** ………………………...............................

**- Hormonothérapie :** Périodicité..……….Début : ………Durée : ……..En cours :…….. Mode de prise : ……………………….……

**- Curiethérapie (iode 125 )** à bas débit de dose :………… Date : ……….. Lieu : …………………………………………………............

**- Curiethérapie (iridium 192)** à haut débit de dose : ……. : ………... : ….……………………………………….….…….……..

**- Chimiothérapie :**…Début : …..…… Nbre séances :….… En cours :..………….Lieu : ……………………………….………………..…....

**- Autres traitements** (à préciser) **:**…………………………………………………………………………………………………………………………..….

**Commentaires :**…………………………………………………………………………………………………………….………………………………….……………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………….

**APRES le ou les traitements subis : Effets secondaires endurés :**

**- immédiats :**………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**- persistants : après :** ……….**mois** ………..**année(s)**………..…**Actuels :**……….…. (souligner les problèmes subis) : brûlures urinaires, difficultés pour uriner, fréquentes envies d’uriner jour ( fois ) nuit ( fois ) bouffées de chaleur, troubles digestifs, intestinaux, incontinence légère (à l’effort), incontinence lourde

( protections, sphincter, autres,…) , troubles de l’érection, impuissance**,** autres effets à signaler, …

améliorations ,médicaments, solutions adoptées,…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….……………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

…………………………………

**RESSENTI :**

**- sur votre qualité de vie actuelle :**

........................................................................................................ ......................................................................................

............................................................................................................................. .................................................................

............................................................................................................................. .................................................................

........................................................................................................................ ......................................................................

................................................................................................................ ..............................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………… .……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........................

**- sur votre degré de satisfaction :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………......................................................................................................... ...............................

............................................................................................................................. .................................................................

.......................................................................................................................................................... ....................................

**SUGGESTIONS ou COMMENTAIRES éventuels sur les échanges avec l’APCLP , ainsi que sur les conseils et les informations communiqués :**

............................................................................................................................. .................................................................

............................................................................................................................. .................................................................

......................................................................................................................................................................................... .....

............................................................................................................................. .................................................................

............................................................................................................................. .................**Date : Signature :**

**Je vous remercie pour ces renseignements et vos commentaires personnels et confidentiels ,très utiles à**

**l’APCLP pour continuer à améliorer et à développer notre soutien solidaire aux patients concernés, en**

**faveur d’une meilleure qualité de soins et de vie après traitement ….**

**Le Secrétaire Général**