

## 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 : <span style="margin-left: 20px;">Année</span> <span style="margin-left: 20px;">Mois</span> <span style="margin-left: 20px;">Jour</span></p> <p>Comment évaluez-vous votre détresse <b>durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui</b>?</p> <p style="text-align: center;">Encerclez un chiffre sur le thermomètre</p> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">10</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">9</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">8</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">7</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">6</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">5</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">4</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">3</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">2</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">1</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">0</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">Aucune détresse</p> </div>	<p style="text-align: center;">Cochez tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous <b>durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui.</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p><b>PRATIQUE</b></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><b>SOCIAL / FAMILIAL</b></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><b>ÉMOTIONNEL</b></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><b>SPIRITUEL</b></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><b>INFORMATION</b></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> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p><b>PHYSIQUE</b></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><b>HABITUDES DE VIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tabagisme</p> <p><input type="checkbox"/> Consommation alcool / drogue</p> <p><input type="checkbox"/> Activités physiques</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AUCUN PROBLÈME</b></p> </td> </tr> </table>	<p><b>PRATIQUE</b></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><b>SOCIAL / FAMILIAL</b></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><b>ÉMOTIONNEL</b></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><b>SPIRITUEL</b></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><b>INFORMATION</b></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>	<p><b>PHYSIQUE</b></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><b>HABITUDES DE VIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tabagisme</p> <p><input type="checkbox"/> Consommation alcool / drogue</p> <p><input type="checkbox"/> Activités physiques</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AUCUN PROBLÈME</b></p>									
<p><b>PRATIQUE</b></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><b>SOCIAL / FAMILIAL</b></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><b>ÉMOTIONNEL</b></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><b>SPIRITUEL</b></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><b>INFORMATION</b></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>	<p><b>PHYSIQUE</b></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><b>HABITUDES DE VIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tabagisme</p> <p><input type="checkbox"/> Consommation alcool / drogue</p> <p><input type="checkbox"/> Activités physiques</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AUCUN PROBLÈME</b></p>											
3. ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES												
Encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état <b>au cours des dernières 24 heures</b>												
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