

Réseau territorial de Cancérologie de Nantes – Site Nantes-Atlantique
 Chimiothérapie à domicile : tel : 02.40.67.99.56 / Fax 02.40.67.97.56

Faisabilité du traitement au domicile du patient
Consultation initiale infirmier(e) libéral(e)

La faisabilité du traitement au domicile du patient est conditionnée par la réunion d'un certain nombre de critères techniques et de critères objectifs de sécurité et d'hygiène au domicile.

La faisabilité tiendra compte également de l'adhésion du patient et de sa famille au projet, ainsi que de leur bonne compréhension des modalités de déroulement du traitement.

1/ CRITERES DE FAISABILITE TECHNIQUE

	Oui	Non	Commentaires
Porteur de DIVLD (cathéter central)			
Porteur de CCI (PAC)			

FAISABILITE TECHNIQUE : OUI NON

2/ CRITERES DE SECURITE ET D'HYGIENE

<i>NB : Les conditions marquées d'un astérisque sont obligatoires</i>	Oui	Non	Commentaires
* Disponibilité de l'infirmière libérale			
* Périmètre d'urgence respecté			
* Eau, électricité			
* Ligne téléphonique ouverte			
* Salubrité des lieux			
* Agencement permettant d'éviter les contacts avec les animaux, les fleurs coupées, les plantes			
Existence d'un lien social et/ou d'un entourage familial <i>Ce critère est à discuter au cas par cas, selon l'importance de l'isolement et l'adaptation du patient.</i>			
Présence d'enfants jeunes			
Pièce isolée et calme à disposition			
Absence de courant d'air			
Entretien et désinfection facile (éviter les moquettes)			
Plan de travail lisse, non absorbant et lavable			
Réfrigérateur			
Rangements adaptés au stockage des produits notamment si présence d'enfants à domicile			

FAISABILITE LIEE A LA SECURITE/HYGIENE : OUI NON

3/ PROJET THERAPEUTIQUE : ADHESION, INFORMATION ET COMPREHENSION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

Toute observation particulière concernant le patient et l'entourage et pouvant mettre en difficulté le bon déroulement du traitement pourra faire l'objet d'une discussion avec l'infirmière coordinatrice.

NB : Les conditions marquées d'un astérisque sont obligatoires	+	+/-	-	Commentaires
LE PATIENT				
* consent pleinement à la réalisation du traitement au domicile				
- a bien compris les modalités et le déroulement de la prise en charge au domicile				
- est apte à effectuer les procédures minimales de manipulation du matériel				
- est bien informé de l'existence d'effets secondaires liés au protocole, sait les reconnaître et comment les traiter (compréhension des ordonnances)				
- est apte à reconnaître les signes de gravité et les complications éventuelles				
- a bien assimilé les modalités d'alerte des soignants en fonction du degré d'urgence				
L'ENTOURAGE				
* adhère pleinement au projet de traitement au domicile				
- ne présente pas a priori de fragilité ou de vulnérabilité				
- a bien compris les modalités et le déroulement de la prise en charge au domicile				
- est apte à effectuer les procédures minimales de manipulation du matériel				
- est bien informé de l'existence d'effets secondaires liés au protocole, sait les reconnaître et comment les traiter (compréhension des ordonnances)				
- est apte à reconnaître les signes de gravité et les complications éventuelles				
- a bien assimilé les modalités d'alerte des soignants en fonction du degré d'urgence				

**FAISABILITE LIEE AU PATIENT ET A SON ENTOURAGE OUI NON
NECESSITE D'UN COMPLEMENT D'INFORMATION**

RESULTAT DE LA VISITE DE FAISABILITE :

PATIENT : NOM : _____ Prénom : _____ (âge : _____)

Adresse : _____

PROTOCOLE :

CHIMIOThERAPIE REALISABLE AU DOMICILE OUI NON

Dans le cadre de l'évaluation du projet de chimiothérapie à domicile :

Temps passé au domicile pour cette visite :.....mn

Date :

Signature et cachet de l'infirmier(e) libéral(e)