

## Fiche de surveillance du cancer de la prostate après prostatectomie totale ou radiothérapie

La surveillance du cancer de la prostate a deux objectifs principaux :

1° Détecter le plus précocement une récurrence. 2° Rechercher des effets indésirables liés au traitement radical.

Il n'y a qu'un seul critère : le taux de PSA < 0.2ng/ml (Si PSA ≥ 0.2ng/ml un avis urologique est souhaitable)

**Tampon ou nom du médecin**

**Patient**

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

**Date du diagnostic**: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Date de la consultation** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PSA < 0.2 ng/ml ?**  OUI  NON (le patient doit être adressé à son urologue)

### OPTIONNEL :

#### Troubles urinaires :

Pollakiurie ?  OUI  NON Nombre de mictions nocturnes : \_\_\_\_\_

#### Exploration de la continence urinaire :

Incontinence  OUI  NON

Est-ce une gêne dans la vie courante ?  OUI (Si oui, avis urologique)  NON

Nombre de protections utilisées :  0  1  2  3 et +

Troubles de l'érection ?  OUI  NON

Ces troubles sont ils corrigés?  OUI  NON

Souhaitez-vous en parler à un urologue ?

#### Avec quel traitement ?

VIAGRA° (sildénafil)

CIALIS° (tadalafil)

LEVITRA° (vardénafil)

Injections d'EDEX° (alprostadil)

Si injections d'EDEX° : Une ordonnance pour médicament exceptionnel a été prescrite

L'ordonnance a été renouvelée?  OUI  NON

Les injections sont elles efficaces?  OUI  NON

Le patient souhaite une autre solution?  OUI (Si oui avis urologique)  NON

### **Conclusion :**

Le patient ne présente pas de trouble particulier

Le patient présente des problèmes d'ordre fonctionnel

Il y a un risque de récurrence (PSA > 0,2ng/ml) → AVIS UROLOGIQUE

Date théorique de la prochaine consultation de surveillance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**RETOURNER CETTE FICHE AU DAC Alsace\* A L'AIDE DE L'ENVELOPPE T**

## Fiche de surveillance du cancer de la prostate traité par hormonothérapie

<u>Tampon ou nom du médecin</u>	<u>Patient</u> Nom / Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____ N° _____
---------------------------------	--

Date du diagnostic : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de la consultation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Traitement chirurgical :  OUI  NON Traitement radiothérapie :  OUI  NON

Traitement actuel :  DECAPEPTYL® (triptoréline)  FIRMAGON® (dégarélix)  
 ZOLADEX® (goséréline)  ELIGARD® (leuproréline)  
 ENANTONE® (leuproréline)  CASODEX® (bicalutamide)

Nombre de dose par an :  1  2  3  4  12

Etat général : Poids : \_\_\_\_\_ kg Tension artérielle : \_\_\_\_\_ Pouls : \_\_\_\_\_

Bouffées de chaleur :  OUI  NON Invalidantes :  OUI  NON

Traitement Androcur® :  OUI  NON Traitement Megace® :  OUI  NON

Gynécomastie :  OUI  NON

Syndrome dépressif :  OUI  NON Traité :  OUI  NON

### Biologie :

Anémie :  OUI  NON

Bilan lipidique normal :  OUI  NON

Traitement par statines  OUI  NON Laquelle : \_\_\_\_\_

**PSA < 0,2ng/ml :**  OUI  NON → **AVIS UROLOGIQUE**

### Prévention ostéopénie :

Ostéodensitométrie :  OUI  NON

(Les règles hygiéno-diététiques : arrêt du tabac, activité physique régulière, modérer l'alcool)

Traitement :

Calcium 1200 à 1500 mg/jour + Vitamine D 400 à 800 mg/ jour :  OUI  NON

### Facultatif (en fonction des patients) :

Troubles de la sexualité :  OUI  NON

Traitement :  VIAGRA® (sildénafil)  CIALIS® (tadalafil)

LEVITRA® (vardénafil)  EDEX® (alprostadiil)

Efficacité :  OUI  NON (avis urologique)

**RETOURNER CETTE FICHE AU DAC Alsace\* A L'AIDE DE L'ENVELOPPE T**