

Formulaire d'évaluation des besoins en remédiation cognitive

Ce formulaire vous aidera à déterminer si vous pourriez bénéficier des ateliers de stimulation et de remédiation cognitive proposés par ONCOGITE, en partenariat avec la Ligue contre le Cancer. Veuillez répondre aux questions suivantes.

Informations générales :

- **Nom :**
- **Prénom :**
- **Âge :**
- **Numéro de téléphone :**
- **Email :**
- **Date de fin de vos traitements lourds (chimiothérapie, radiothérapie, etc.) :**
- **Type de cancer diagnostiqué :**
 - ☐ Cancer du sein
 - ☐ Cancer colorectal
 - ☐ Cancer de la prostate
 - ☐ Cancer du poumon
 - ☐ Lymphome
 - ☐ Autre : _____
- **Traitements reçus :**
 - ☐ Chimiothérapie
 - ☐ Radiothérapie
 - ☐ Hormonothérapie
 - ☐ Immunothérapie
 - ☐ Chirurgie
 - ☐ Autre : _____
- **Durée écoulée depuis la fin des traitements :**
 - ☐ Moins de 6 mois
 - ☐ Entre 6 mois et 1 an
 - ☐ Plus d'un an

Symptômes cognitifs :

1. Avez-vous constaté les symptômes suivants depuis votre traitement contre le cancer ?

Symptômes	Oui	Non
Difficulté à vous concentrer sur une tâche longue	☐	☐
Problèmes de mémorisation (oublier des informations récentes)	☐	☐
Difficulté à organiser vos idées ou vos actions (ex : planifier un repas, un événement)	☐	☐
Sentiment de confusion ou d'avoir l'esprit « brouillé »	☐	☐
Difficulté à trouver vos mots pendant une conversation	☐	☐
Incapacité (difficulté) à suivre une conversation longue	☐	☐
Perte de confiance dans vos capacités intellectuelles	☐	☐
Fatigue mentale après un effort intellectuel	☐	☐
Difficulté à prendre des décisions simples	☐	☐

2. Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous l'impact de ces symptômes sur votre vie quotidienne ?

- (1 étant "pas du tout impacté" et 10 étant "très fortement impacté")
- **Votre évaluation :** ____ / 10

3. Ces symptômes affectent-ils votre capacité à :

- **Retourner au travail :**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- **Vous concentrer sur des tâches simples :**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- **Interagir avec vos proches ou collègues :**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- **Participer à des activités sociales ou récréatives :**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Accompagnement médical :

4. Avez-vous déjà parlé de ces difficultés à un professionnel de santé (médecin, psychologue, etc.) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Avez-vous suivi des traitements de support pour ces symptômes (ex : thérapies, accompagnement psychologique, etc.) ?

- ☐ Oui
 - Si oui, précisez : _____
- ☐ Non

Participation aux ateliers onCOGITE :

6. Êtes-vous intéressé(e) à suivre des séances hebdomadaires de remédiation cognitive d'une durée de 1h30 pendant environ 22 séances ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Y a-t-il d'autres difficultés cognitives ou informations que vous aimeriez partager avec nous ?

- (Veuillez décrire ci-dessous)
 - _____
 - _____

- **Signature :**
- **Date**