

Programme de transition des soins en cancérologie  
Patients atteints d'un cancer de la prostate post radiothérapie  
Sommaire de fin de traitement et plan de soins

Date

Cher Dr \_\_\_\_\_

Votre patient \_\_\_\_\_ a reçu un traitement curatif pour un cancer de la prostate en \_\_\_\_\_ mois/année. Je vous écris pour vous fournir des informations concernant son calendrier de suivi et les soins post-traitement. Vous trouverez ci-joint un sommaire du traitement et un plan de soins de transition, qui fournissent des informations sur les symptômes à surveiller, un calendrier des visites de suivi et des informations sur les ressources dans la communauté. Le patient a également reçu ces documents et un livret post traitement, qui fournit des informations générales sur ce à quoi s'attendre après le traitement.

Il sera suivi à notre Centre de cancérologie tous les 6 mois pendant les 3 prochaines années.

**Si son taux d'APS reste stable et qu'il ne montre aucun signe de récurrence, ses soins vous seront transférés après la période de 3 ans.**

Il a été avisé de continuer à vous voir pour tous les problèmes médicaux non liés à son cancer.

**N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des préoccupations.**

Notre numéro de téléphone est le 514-934-1934, 43382 et le numéro de fax est : 514-934-8220.

Dr \_\_\_\_\_

---

Cancer Care Transition of Care Program  
Prostate Cancer Patients Post Radiotherapy  
Treatment Summary and Care Plan

Date

Dear Dr \_\_\_\_\_

Your patient \_\_\_\_\_ received curative treatment for prostate cancer in \_\_\_\_\_ month/year. I am writing to you to provide you information regarding his follow-up schedule and post treatment care. Attached you will find a treatment summary and transition care plan, which provides information regarding symptoms to watch for, a schedule for follow-up visits and information about resources in the community. The patient has also received these documents and an After Treatment booklet, which provides general information about what to expect after treatment.

He will be followed at our Cancer Centre every 6 months for the next 3 years.

**If his PSA level remains stable and he shows no signs of recurrence, his care will be transferred to you after the 3-year period.**

He is aware to continue to see you for all medical issues non related to his cancer.



**Please do not hesitate to contact us if you have any concerns.**

Our phone number is 514-934-1934, 43382 and the fax number is:  
514-934-8220.

Dr \_\_\_\_\_

**Si une version papier de ce document est reçue aux archives, avec ou sans notes manuscrites, en statut préliminaire ou final, il ne sera pas numérisé. Les corrections doivent être faites dans le document préliminaire ou via l'addendum si le document est final.**

If a printout of this document is received in Medical Records, with or without handwritten notes, whether it is preliminary or final, it will not be scanned. Corrections must be done in the preliminary document or via an addendum if the document is final.

	<p>Centre universitaire de santé McGill  McGill University Health Centre</p>	<p><b>DDN/DOB</b> ( )</p>
	<p><b>Sommaire du Traitement et Plan de Soins de Transition pour Patients ayant un Cancer de la Prostate</b></p> <p>Treatment Summary and Transition Care Plan for Prostate Cancer Patients</p>	<p><b>NAM/RAMQ</b> <b>Exp.</b></p> <p><b>Admission-Visite/Visit</b></p> <p><b>Site:</b> <b>Emplacement/Location</b></p>

### Information générale / General Information

<b>Médecin principal au Centre du Cancer</b> Primary Physician at the Cancer Centre	
<b>Numéro de téléphone de votre médecin principal</b> Contact number of primary physician	
<b>Télécopieur / Fax</b>	
<b>Médecin de famille / Family doctor</b>	
<b>Urologue / Urologist</b>	
<b>Chirurgien urologique / Urologic surgeon</b>	
<b>Radio-Oncologue / Radiation Oncologist</b>	
<b>Autres professionnels / Other professionals</b>	
<b>Courriel du patient / Patient's email</b>	

### Diagnostic / Diagnosis

<b>Type de cancer / emplacement / sous-type histologique</b> Cancer type / Location / Histologic Subtype			
<b>Date du diagnostic / Diagnosis date</b>		<b>(AAYY-MM-JD)</b>	
<b>Stade / Stage</b>	T	N	M
<b>Score de Gleason / Gleason Score</b>			
<b>Taux de l'APS au moment du diagnostic</b> PSA level at diagnosis			
<b>Résultat et date du dernier test de l'APS</b>	<b>Taux / Level</b>	<b>Date</b>	<b>(AAYY-MM-JD)</b>
Date and level of the latest PSA test			

### Sommaire de traitement / Treatment Summary

<b>Chirurgie / Surgery</b>	<b>Date de la chirurgie / Surgery date</b>	<b>(AAYY-MM-JD)</b>
<b>Procédure chirurgicale - site - constats / Surgical procedure - location - findings</b>		
<b>Radiothérapie / Radiotherapy</b> <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b>		
<b>Région du corps traité / Body area treated :</b>		
<b>Prostate uniquement / Prostate only</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non / No</b>
<b>Prostate et vésicules séminales / Prostate and seminal vesicles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non / No</b>
<b>Prostate, vésicules séminales et ganglions lymphatiques pelviens</b> Prostate, seminal vesicles and pelvic lymph nodes	<input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non / No</b>

<input type="checkbox"/> <b>Radiothérapie externe / External beam Dose</b>	<b>Nombre de Fractions / Number of fractions</b>		
<b>Dates des traitements / Treatment dates</b>			
<b>Date de début / Start date</b> (AAYY-MM-JD)	<b>Date de fin / End date</b>		(AAYY-MM-JD)
<hr/>			
<input type="checkbox"/> <b>Curiethérapie / Brachytherapy Dose</b>	<b>Nombre de fractions / Number of fractions</b>		
<b>Dates des traitements / Treatment dates</b>			
<b>Date de début / Start date</b> (AAYY-MM-JD)	<b>Date de fin / End date</b>		(AAYY-MM-JD)
<hr/>			
<b>Symptômes persistants ou effets secondaires après la fin des traitements</b> Persistent symptoms or side effects at completion of treatment			
<input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <b>Spécifier / Specify</b>			
<b>Préoccupations / problèmes supplémentaires nécessitant un suivi</b> Additional concerns/issues that require follow-up			
<input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <b>Spécifier / Specify</b>			
<b>Patient référé à un professionnel pour soutien supplémentaire</b> Patient referred for additional support			
<input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <b>Spécifier / Specify</b>			
<b>Rapport de dépistage de détresse le plus récent ci-joint</b> Most recent distress screening report attached			
<input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <b>Spécifier / Specify</b>			

## Plan de soins de suivi / Follow-up Care Plan

### Surveillance du cancer et tests recommandés / Cancer Surveillance and other Recommended Tests

Tests	Années 0-3/ Years 0-3	Années 4 et suivantes / Years 6 and up
	<b>Suivi au CUSM</b>	<b>Suivi dans la communauté</b> Followed in the community
<b>Examen physique / Physical exam</b>	<b>À tous les 6 mois</b> Every 6 months	<b>À tous les 12 mois / Q12 months</b>
<b>APS (Antigène prostatique spécifique)</b> PSA (Prostate Specific Antigen)	<b>À tous les 6 mois</b> Every 6 months	<b>À tous les 12 mois / Q12months</b> <b>Si le taux de l'APS est &gt; le patient doit être renvoyé au Centre du Cancer du CUSM</b> If PSA level is > patient should be referred back to the MUHC Cancer Centre
<b>Toucher rectal</b> DRE (Digital Rectal Exam)	<b>Indiqué seulement si justifié cliniquement</b> Done only if clinically indicated	
<b>Imagerie et autres analyses sanguines</b> Imaging and other blood work	<b>Pas effectué régulièrement. Indiqué uniquement si les symptômes cliniques le justifient / Not done routinely. Only indicated if warranted by clinical symptoms</b>	

**Veillez continuer à consulter  votre médecin de famille  pour tous les soins de santé généraux recommandés pour un homme de votre âge, y compris les tests de dépistage du cancer. Tout nouveau symptôme qui persiste doit être signalé à votre médecin**

Please continue to see  **your Family Doctor**  for all general health care recommended for a man your age, including cancer-screening tests. Any new symptom that doesn't go away should be brought to the attention of your doctor.

**Effets possibles tardifs et à long terme qu'une personne atteinte de ce type de cancer et de traitement peut ressentir :**

**Si vous avez des préoccupations dans ces domaines ou dans d'autres, veuillez en parler à vos médecins ou infirmières pour en savoir plus comment vous pouvez obtenir de l'aide avec eux.**

Possible late- and long-term effects that someone with this type of cancer and treatment may experience:

If you have any concerns in these or other areas, please speak with your doctors or nurses to find out how you can get help with them.

**Causés par la chirurgie / Caused by surgery**

- **Incontinence**
- **Raccourcissement du pénis / Shortening of penis**
- **Infertilité / Sterility**
- **Difficulté à uriner / Trouble voiding or passing urine**
- **Dysfonction érectile / Erectile dysfunction**

**Causés par les traitements de radiothérapie externe ou curiethérapie**

Caused by radiation therapy or brachytherapy

- **Fréquence urinaire accrue / Urinary frequency**
- **Sensation de brûlure en urinant / Burning sensation while urinating**
- **Saignement rectal ou sang dans les urines / Rectal bleeding or blood in urine**
- **Dysfonction érectile / Erectile dysfunction**
- **Changements intestinaux (crampes ou diarrhée) / Bowel Changes (cramps or diarrhea)**

**Autres préoccupations / Other concerns**

- **Anxiété ou dépression / Anxiety or Depression**

**Signes potentiels de rechute / Potential signs of recurrence**

**Le premier signe de rechute peut être une augmentation du taux de l'APS. D'autres symptômes de rechute du cancer peuvent dépendre si le cancer s'est propagé et des sites affectés. Veuillez contacter immédiatement votre médecin si vous présentez l'un de ces symptômes.**

The first sign of recurrence may be a rise in the PSA level. Other symptoms of recurrence cancer may depend on whether and where the cancer has spread. Please contact your doctor immediately if you have any of these symptoms.

- **Sang dans les urines / Blood in the urine**
- **Difficulté à uriner / Difficulty urinating**
- **Maux de dos ou douleurs osseuses qui durent 24 heures par jour et vous réveillent la nuit.**  
Back pain or bone pain that last 24 hours a day and wake you up at night.

**Un certain nombre d'habitudes de vie/comportements peuvent affecter votre santé, y compris le risque que le cancer réapparaisse ou de développer un autre cancer. Si vous avez des inquiétudes concernant ces problèmes de santé, discutez-en avec votre médecin ou votre infirmière.**

A number of lifestyle/behaviours can affect your ongoing health, including the risk for the cancer coming back or developing another cancer. If you any concerns regarding these health issues, discuss these with your doctor or nurse.

- Consommation d'alcool / Alcohol use**
- Régime alimentaire / Diet**
- Gestion du poids (perte/gain) / Weight management(loss/gain)**
- Activité physique / Physical activity**
- Tabac, cessation de fumer / Tobacco use, smoking cessation**
- Autres / Other**

**Ressources données au patient / Resources given to the patient**

- **Brochure sur le Cancer de la Prostate du CUSM / Prostate Cancer MUHC booklet**
- **Brochure de la Société canadienne du: La vie après un traitement contre le cancer**  
Canadian Cancer Society : Life after Cancer Treatment Booklet

**Ressources susceptibles de vous intéresser / Resources you may be interested in**

- **Procure : Cancer de la prostate- <https://www.procure.ca/en/prostate-cancer/>**  
Procure : Prostate Cancer - <https://www.procure.ca/en/prostate-cancer/>
- **[Société canadienne du Cancer <https://www.prostatecancer.ca/Prostate-Cancer>](https://www.prostatecancer.ca/Prostate-Cancer)**  
**[Canadian Cancer Society <https://www.prostatecancer.ca/Prostate-Cancer>](https://www.prostatecancer.ca/Prostate-Cancer)**
- **Vie après le cancer – <https://www.procure.ca/vivre-avec-le-cancer/faire-face-au-cancer/vie-apres-le-cancer/>**  
Life After Prostate Cancer - <https://www.procure.ca/en/living-with-cancer/dealing-with-this-cancer/life-after-cancer/>
- **Ressources: <https://www.procure.ca/vivre-avec-le-cancer/ressources/>**  
Procure Resources: <https://www.procure.ca/en/living-with-cancer/resources/>
- <https://www.procure.ca/en/living-with-cancer/support-for-you/our-health-professionals/>
- **Procure Numéro sans frais: ligne de soutien- 1 855 899-2873 avec infirmières spécialisées**  
Procure Toll free Support line - 1 855 899-2873 with Specialized Nurses
- **Procure Chat line - procure.ca - directement sur le site**  
Procure Chat line - [procure.ca](https://www.procure.ca) - directly on the site
- **Procure : Webinaire sur le cancer de la prostate - <https://www.procure.ca/en/events/webinaire-procure-en-parle/>**  
Procure Prostate Cancer Webinars - <https://www.procure.ca/en/events/webinaire-procure-en-parle/>
- **Cancer et le travail: <https://www.cancerandwork.ca/>**  
Cancer and Work <https://www.cancerandwork.ca/>
- <https://www.ustoo.org/Join-a-Phone-Conversation>
- **Ordre des psychologues: <https://www.ordrepsy.qc.ca/>**  
Order of psychologists <https://www.ordrepsy.qc.ca/>
- **Soutien psychologique: <https://amiquebec.org/therapy/>**  
Psychological Support: <https://amiquebec.org/therapy/>
- **Liste des psychologues <https://www.bottinsante.ca/Psychologues-Quebec-1.html>**  
List of psychologists <https://www.bottinsante.ca/Psychologues-Quebec-1.html>
- **Thérapie et Counseling : Argyle Institute 514 931-5629 <https://argyleinstitute.org/>**  
Therapy and Counseling : Argyle Institute 514 931-5629 <https://argyleinstitute.org/>
- **Thérapie et counseling: Montreal Therapy Center 514 244-1290 <https://www.montrealtherapy.com/>**  
Therapy and Counseling : Montreal Therapy Center 514 244-1290 <https://www.montrealtherapy.com/>
- Support: <https://cansupport.ca/>
- **Soutien pour patients et proche aidants: <https://hopeandcope.ca/en/>**  
Support for patient and caregiver: <https://hopeandcope.ca/en/>

**Autres Commentaires / Other comments**

- **Ce plan de soins de transition comprend un résumé de traitement et un plan de suivi. Ce résumé est un bref compte rendu des principaux aspects de votre traitement contre le cancer ; cependant, ce n'est pas un dossier détaillé ou complet de vos soins.**

This Transition Care Plan includes a cancer treatment summary and follow-up plan. This summary is a brief record of major aspects of your cancer treatment; however, this is not a detailed or comprehensive record of your care.

- **Il est à conserver avec votre dossier de soins de santé et à partager avec votre médecin de famille ou autres professionnels de la santé.**

It is provided to you to keep with your health care records and to share with your family doctor or other healthcare professionals.

**LÉGENDE DES ABRÉVIATIONS / ABBREVIATIONS LEGEND**

<b>APS/PSA</b>	<b>Antigène prostatique spécifique</b> Prostate Specific Antigen		
T,N,M	Tumor (T), Nodes (N), Metastases (M).		

**Préparé par**  
Prepared by

---

**Nom / Name**

**N°permis**  
License No.

**Date (AAYY-MM-JD)**

**Signé électroniquement par / Electronically signed by**

,

---

**Poste / Extension**

**N°permis**  
License No.

**Date- Heure / Time**

**N° IPS RAMQ / RAMQ NP No.**