

Document de liaison tout au long de votre parcours, il contient les éléments essentiels à votre suivi. Celui-ci peut être présenté aux professionnels de santé qui vous entourent (médecin traitant, pharmacien d'officine, infirmier(e) à domicile etc.)

Ce document peut être modifié et complété au fur et à mesure de votre parcours. N'hésitez pas à vous rapprocher de votre équipe de soins si vous avez besoin de plus d'informations.

MON PARCOURS DE SOINS

Remis le / / Par le Docteur

Spécialité : 

Structure :

Adresse de la structure :

.....

VOS INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom(s) Date de naissance/...../.....

Adresse

Code postal Ville.....

 Email@.....

Identifiant National de Santé : / / / / / / / / / / / / / /

Sécurité sociale : Oui Non Mutuelle : Oui Non

Statut d'ALD (affection de longue durée) lié au cancer : Oui Non

ALD concernant une autre pathologie : Oui Non

Si oui, merci de préciser la pathologie concernée :

Handicap : Oui Non *Si oui, merci de préciser :*

Statut professionnel : Actif : Oui Non

Si oui, merci de préciser votre statut : Salarié Travailleur indépendant

Nom de la personne de confiance :

Email :@.....

Lien avec le patient :

Personne de confiance présente lors de la remise du document : Oui Non

CONTACTS UTILES

Équipe de soins

Infirmier(e) d'annonce :

Email :@.....

Temps d'accompagnement soignant paramédical : Oui Non

Date(s) : / /

Date(s) : / /

Date(s) : / /

Structure :

Infirmier(e) de coordination :

Autres contacts :

Médecin traitant : Dr

Pharmacien de ville :

Infirmier(e) de ville :

Laboratoire d'analyses médicales :

Associations de patients et d'usagers :

Associations de patients et d'usagers :

Hospitalisation à domicile (HAD) :

Cancer Info

0 805 123 124 (service et appel gratuits) du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 14h

Site internet de l'Institut National du Cancer (INCa) : www.e-cancer.fr

Site internet du Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) OncoPaca-Corse : www.oncopacacorse.org

PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS)

PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE

Votre programme de soins, qui vous a été expliqué par votre médecin, est détaillé dans ce document. Il pourra par la suite être modifié en fonction de la tolérance du traitement et de l'évolution de la maladie. N'hésitez pas à contacter votre équipe de soins si vous avez besoin de plus d'informations.

Diagnostic principal :

Date de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) : / /

TYPE DE TRAITEMENT(S)		MODALITÉS	
CHIRURGIE	<input type="checkbox"/>	TYPE D'INTERVENTION PROPOSÉE :	
CHIRURGIEN RÉFÉRENT		
SPÉCIALITÉ		DATE : / /	
STRUCTURE		LIEU :	
TEL			
SURVEILLANCE / SUIVI SPÉCIFIQUE			
TRAITEMENT(S) SYSTÉMIQUES	VOIE INJECTABLE <input type="checkbox"/>	VOIE ORALE <input type="checkbox"/>	
	DISPOSITIF VEINEUX IMPLANTABLE / VOIE VEINEUSE CENTRALE <input type="checkbox"/>		
	POSE LE : / /		
CHIMIOTHÉRAPIE, IMMUNOTHÉRAPIE ET/OU THÉRAPIE CIBLÉE <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENT(S)/PROTOCOLE(S) :	MÉDICAMENT(S):	
	
HORMONOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/>	DATE DE DÉBUT : / /	DATE DE DÉBUT : / /	
	FRÉQUENCE : / /	DURÉE PRÉVISIONNELLE :	
MÉDECIN RÉFÉRENT :	NOMBRE PRÉVISIONNEL DE CYCLES :	MODALITÉS D'ADMINISTRATION :	
.....	MÉDICAMENT(S)/PROTOCOLE(S) :	MÉDICAMENT(S):	
SPÉCIALITÉ :	
STRUCTURE :	DATE DE DÉBUT : / /	DATE DE DÉBUT : / /	
.....	FRÉQUENCE : / /	DURÉE PRÉVISIONNELLE :	
TEL :	NOMBRE PRÉVISIONNEL DE CYCLES :	MODALITÉS D'ADMINISTRATION :	
.....	
SURVEILLANCE / SUIVI SPÉCIFIQUE			

TYPE DE TRAITEMENT(S)		MODALITÉS
RADIOTHÉRAPIE	<input type="checkbox"/>	CHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE : <input type="checkbox"/>
MÉDECIN RÉFÉRENT		DATE 1ÈRE SÉANCE : / /
SPÉCIALITÉ		DATE PRÉVISIONNELLE DE FIN : / /
STRUCTURE		LIEU :
TEL		NOMBRE PRÉVISIONNEL DE SÉANCES :
SURVEILLANCE / SUIVI SPÉCIFIQUE		
CURIETHÉRAPIE	<input type="checkbox"/>	ORGANE TRAITÉ : <input type="checkbox"/>
MÉDECIN RÉFÉRENT		DATES : / /
SPÉCIALITÉ	 / /
STRUCTURE	 / /
TEL		LIEU :
SURVEILLANCE / SUIVI SPÉCIFIQUE		
ACTES INTERVENTIONNELS	<input type="checkbox"/>	TYPE(S) D'ACTE(S) :
MÉDECIN RÉFÉRENT		DATE(S) : / /
SPÉCIALITÉ	 / /
STRUCTURE		LIEU :
TEL		
SURVEILLANCE / SUIVI SPÉCIFIQUE		
ESSAI CLINIQUE	<input type="checkbox"/>	NOM DE L'ESSAI CLINIQUE :
MÉDECIN RÉFÉRENT	
SPÉCIALITÉ		DATE DE SIGNATURE DE CONSENTEMENT : / /
STRUCTURE		
TEL		
ARC / TEC		
TEL		
SURVEILLANCE / SUIVI SPÉCIFIQUE		

PRISES EN CHARGE COMPLÉMENTAIRES		MODALITÉS
INDICATION DE PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ	<input type="checkbox"/>	DATE DE RDV : / /..... LIEU :
MÉDECIN RÉFÉRENT		
SPÉCIALITÉ		
STRUCTURE		
TEL		
CONSULTATION ONGÉNÉTIQUE	<input type="checkbox"/>	DATE DE RDV : / /..... LIEU :
MÉDECIN RÉFÉRENT		
SPÉCIALITÉ		
STRUCTURE		
TEL		
CONSULTATION ONCOGÉRIATRIQUE	<input type="checkbox"/>	DATE DE RDV : / /..... LIEU :
MÉDECIN RÉFÉRENT		
SPÉCIALITÉ		
STRUCTURE		
TEL		
ORIENTATION VERS DISPOSITIF AJA	<input type="checkbox"/>	DATE DE RDV : / /..... LIEU :
INFIRMIER DE COORDINATION AJA		
STRUCTURE		
TEL		

	MOIS				MOIS				MOIS				MOIS				MOIS							
	SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	DATES				DATES				DATES				DATES				DATES							
CHIMIOTHÉRAPIE LIEU :																								
IMMUNOTHÉRAPIE / THÉRAPIE CIBLÉE LIEU :																								
HORMONOTHÉRAPIE																								
RADIOTHÉRAPIE LIEU :																								
CURIETHÉRAPIE LIEU :																								
BILANS SANGUINS LIEU :																								
IMAGERIES LIEU :																								
CONSULTATIONS LIEU :																								
AUTRES PRÉCISER : LIEU :																								

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous ressenti des douleurs ces 8 derniers jours ? Oui Non

ÉVALUEZ VOTRE DOULEUR :



Cette douleur perturbe t-elle votre activité quotidienne ? Oui Non

Cette douleur impacte t-elle votre sommeil ? Oui Non

Prenez-vous un traitement antalgique ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE & PROFESSIONNELLE

Êtes-vous isolé (géographiquement, socialement etc.) ? Oui Non

Avez-vous des difficultés sur le plan familial, financier, professionnel ? Oui Non

Avez-vous des aidants qui vous aident au quotidien ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE & NUTRITION

Avez-vous eu une perte ou une prise de poids au cours des 6 derniers mois ? Oui Non

Avez-vous des nausées/vomissements/diarrhées ? Oui Non

Avez-vous des troubles de la déglutition ou de la mastication ? Oui Non

Suivez-vous des régimes restrictifs sans avis médical ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS

Éprouvez-vous de l'angoisse ou de l'anxiété ? Oui Non

Avez-vous déjà eu des épisodes dépressifs ? Oui Non

Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) ? Oui Non

Avez-vous des troubles de la concentration/compréhension, du raisonnement et/ou de la mémoire ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

HYGIÈNE DE VIE

Consommation de tabac ? Oui Non

Consommation d'alcool ? Oui Non

Autres addictions ? (Alimentaire, drogue, ...) ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Avez-vous des difficultés à être actif/active physiquement ? Oui Non

Êtes-vous régulièrement fatigué ?

Si oui, évaluez cette fatigue sur une échelle de 0 à 10 :



ORIENTATION / ÉVALUATION

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITÉ

La maladie ou les traitements a-t-elle eu un retentissement sur votre vie intime et/ou sexuelle ? Oui Non

Avez-vous des troubles de la sexualité ? Désir, douleur, érection... ? Oui Non

Ressentez-vous une altération de votre image corporelle ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

Avez-vous un projet parental ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES PROCHES / AIDANTS

Votre proche/aidant a-t-il besoin d'un soutien psychologique ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

VOLET RÉSERVÉ À L'ÉQUIPE DE SOINS

Repérage réalisé le : / /

Par :

Fonction :

Synthèse

Retrouvez les soins de support proposés dans votre
région sur
le Répertoire Régional de Soins de Support :

www.soins-support-cancer-paca-corse.org



Diagnostic principal :

Âge du patient au diagnostic :

Document de liaison entre la fin de vos traitements et le début de votre surveillance, il contient les éléments essentiels à votre suivi et, éventuellement, à la poursuite d'un traitement à domicile. N'hésitez pas à recontacter votre équipe de soins si vous avez besoin de plus d'informations/d'explications sur ce programme.

MOIS																							
SEMAINES																							
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
DATES				DATES				DATES				DATES				DATES							

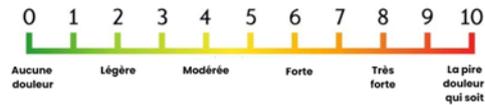
CONSULTATIONS MÉDECIN TRAITANT LIEU :																								
CONSULTATION ONCOLOGIE LIEU :																								
BILANS SANGUINS LIEU :																								
ÉCHOGRAPHIE ZONE : LIEU :																								
MAMMOGRAPHIE LIEU :																								
AUTRES EXAMENS RADIOGRAPHIQUES : ZONE : LIEU :																								
SCANNER ZONE : LIEU :																								
IRM TYPE : LIEU :																								
AUTRES (PRÉCISER)																								

Repérage de vos besoins en soins de support et d'éventuelles séquelles liées à la maladie et/ou aux traitements

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous ressenti des douleurs ces 8 derniers jours ? Oui Non

ÉVALUEZ VOTRE DOULEUR :



Cette douleur perturbe t-elle votre activité quotidienne ? Oui Non

Cette douleur impacte t-elle votre sommeil ? Oui Non

Prenez-vous un traitement antalgique ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE & PROFESSIONNELLE

Êtes-vous isolé (géographiquement, socialement etc.) ? Oui Non

Avez-vous des difficultés sur le plan familial, financier, professionnel ? Oui Non

Avez-vous des aidants qui vous aident au quotidien ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE & NUTRITION

Avez-vous eu une perte ou une prise de poids au cours des 6 derniers mois ? Oui Non

Avez-vous des nausées/vomissements/diarrhées ? Oui Non

Avez-vous des troubles de la déglutition ou de la mastication ? Oui Non

Suivez-vous des régimes restrictifs, sans avis médical ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS

Éprouvez-vous de l'angoisse ou de l'anxiété ? Oui Non

Avez-vous déjà eu des épisodes dépressifs ? Oui Non

Prenez-vous un traitement (Anxiolytique ou antidépresseur ?) Oui Non

Avez-vous des troubles de la concentration/compréhension, du raisonnement et/ou de la mémoire ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

HYGIÈNE DE VIE

Consommation de tabac ? Oui Non

Consommation d'alcool ? Oui Non

Autres addictions ? (Alimentaire, drogue, ...) ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Avez-vous des difficultés à être actif/active physiquement ? Oui Non

Êtes-vous régulièrement fatigué ?

Si oui, évaluez cette fatigue sur une échelle de 0 à 10 :



ORIENTATION / ÉVALUATION

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITÉ

La maladie ou les traitements a-t-elle eu un retentissement sur votre vie intime et/ou sexuelle ? Oui Non

Avez-vous des troubles de la sexualité ? Désir, douleur, érection... ? Oui Non

Ressentez-vous une altération de votre image corporelle ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES PROCHES / AIDANTS

Votre proche/aidant a-t-il besoin d'un soutien psychologique ? Oui Non

ORIENTATION / ÉVALUATION

PRESCRIPTEURS :

CANCÉROLOGUES – MÉDECINS TRAITANTS – PÉDIATRES

PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER

Ce dispositif national, porté par les ARS de Paca et de Corse concerne les patients atteints de cancer, en ALD, jusqu'à 12 mois après la fin de leur traitement actif (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie...).

Il permet de proposer aux patients un suivi personnalisé en Soins de support :

> **Diététique-nutrition** > **Activité physique adaptée (APA)** > **Soutien psychologique.**

Ce parcours contribue à réduire les risques de séquelles (douleur, fatigue, etc.) et à améliorer la qualité de vie et le bien être des patients.

Aucune participation financière n'est demandée au patient qui sera pris en charge par une structure labellisée par l'ARS, (à l'exception des séances d'APA qui ne sont pas comprises dans le forfait) à hauteur de **180 euros par patient**.
Forfaits : bilan 1 heure = 45€, consultation diététique ou psychologique 30 min = 22,5€

Nom (naissance) et prénom du patient :

Date de naissance (jour/mois/année) :

Coordonnées :

SÉLECTIONNER DE 1 A 3 BILANS EN SOINS DE SUPPORT

EN FONCTION DES BESOINS DE VOTRE PATIENT - cocher la/les case(s) ci-dessous :

DIÉTÉTIQUE/NUTRITION

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA)

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Suite aux résultats du/des bilan(s), des consultations pourront être proposées au patient par les intervenants en soins de support en lien avec la structure labellisée "Parcours de soins global après le traitement d'un cancer" choisie, à hauteur du forfait global pris en charge.

Trouver une structure labellisée pour votre patient :



Adresser cette Fiche de prescription complétée via messagerie sécurisée à la structures labellisée du dispositif choisie, ou la remettre directement au patient qui la présentera à la structure.

COORDONNÉES
DE LA STRUCTURE LABELLISÉE CHOISIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom, Fonction, Lieu d'exercice du prescripteur :

.....
.....
.....
.....

Signature/Cachet - N° RPPS :