

PRESCRIPTION PARCOURS DE SOINS GLOBAL POUR LES PERSONNES RECEVANT OU AYANT REÇU UN TRAITEMENT POUR UN CANCER¹

PRESCRIPTEURS :
CANCÉROLOGUES – MÉDECINS TRAITANTS – PÉDIATRES

INFORMATIONS PATIENT

Date :/...../.....

Nom (naissance) et prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Mail :

PRESCRIPTION RÉALISÉE

☐ Pendant la phase de traitement – la prescription peut être réalisée une fois par an

☐ Après la fin du traitement – la prescription peut être réalisée jusqu'à 12 mois après la fin du traitement

JE PRESCRIS LE OU LES BILANS SUIVANTS SELON LES BESOINS DU PATIENT :

☐ Bilan initial de condition physique
et motivationnel

☐ Bilan nutritionnel ☐ Bilan psychologique

> À l'issue du ou des bilans, la structure labellisée peut proposer des consultations de suivi diététiques et/ou psychologiques qui doivent être réalisées dans l'année qui suit le bilan, sans avance ni reste à charge pour le patient, dans la limite du forfait réglementaire².

> * **EXPÉRIMENTATION APA EN PACA** : pour les patients bénéficiant d'un bilan de condition physique et motivationnel, un programme complémentaire de séances d'APA peut être prescrit si la structure choisie par le patient participe à l'expérimentation régionale.

→ Voir les conditions et la prescription complémentaire au **verso** ↻

TROUVER UNE
STRUCTURE
LABELLISÉE POUR
VOTRE PATIENT



Coordonnées de la structure labellisée

.....

Nom, fonction, lieu d'exercice :

.....

.....

N° RPPS :

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR /
CACHET

(1) Cette prescription est à transmettre à la structure labellisée choisie ou remise au patient afin qu'il la présente lors de sa première prise de contact

(2) 45 € maximum par bilan et 22,50 € par consultation

PRESCRIPTION COMPLÉMENTAIRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

DANS LE CADRE DE L'EXPÉRIMENTATION RÉGIONALE PACA³

Cette prescription complémentaire concerne uniquement les patients orientés vers une structure participant à l'expérimentation APA en PACA.

JE PRESCRIS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE DANS LE CADRE DE L'EXPÉRIMENTATION

> Ensemble de séances d'activité physique adaptée collectives et un bilan final, dans la limite de 12 séances collectives par patient pour une période de trois mois et renouvelable une fois⁴

PRÉCONISATIONS D'ACTIVITÉ, SELON LES RÉFÉRENTIELS D'AIDE À LA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE LORSQU'ILS EXISTENT⁵ :

.....

.....

.....

> Type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité.

LIMITATIONS FONCTIONNELLES À PRENDRE EN COMPTE :

☐ **Sévère** ☐ **Modérée** ☐ **Minime** ☐ **Sans limitation**

Restrictions / limitations à prendre en compte :

.....

.....

.....

.....

**AIDE À LA DÉTERMINATION
DES LIMITATIONS
FONCTIONNELLES >**



PRESCRIPTEUR

☐ Identique au prescripteur du Parcours de soins global figurant au recto
Nom / RPPS si différent :

.....

.....

**SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR /
CACHET**

.....

.....

.....

(3) Décret n° 2026-281 du 14 avril 2026 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation d'un programme de séances d'activité physique adaptée visant à accompagner les personnes traitées pour un cancer

(4) Arrêté du 13 mai 2026 relatif à la prise en charge des séances d'activité physique adaptée visant à accompagner les personnes traitées pour un cancer

(5) Se référer au site de la Haute Autorité de santé : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante