

Prescription de soins de support

Nom et prénom du patient :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Email du patient :

Téléphone du patient :

Nom et prénom médecin référent :

Organe primitivement atteint par le cancer :

- poumon sein colorectal prostate utérus hématologie voies aérodigestives supérieures
 système nerveux central col de l'utérus autre :

Nom complet de la pathologie :

Stade : localisé métastatique

Dernier traitement connu :

Date de fin du dernier traitement actif :

Poids :

Taille :

Bénéficiaire de la CSS Bénéficiaire de la PUMA

Choix de la prescription dans la limite de 180€/patient

Un bilan 1 heure = 45€

Une consultation 1 heure = 45€

1 bilan + 3 consultations d'une heure

Variantes possibles (ex : 1 bilan + 2 consultations)

2 bilans + 2 consultations d'une heure

ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

1 bilan motivationnel et fonctionnel d'activité physique adaptée (APA)

ACCOMPAGNEMENT DIETETIQUE

1 bilan et consultation(s) diététique(s)

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

1 bilan psychologique et consultation(s) psychologique

Date :

Nom du médecin prescripteur :

Signature et cachet :

Pour tout renseignement complémentaire :

LIGUE CONTRE LE CANCER-COMITE DE LOIRE-ATLANTIQUE

9, rue Pélisson - CS 41609- 44016 NANTES Cedex 1

Madame TESSIER Delphine - 02.40.14.00.14 / soins.cd44@ligue-cancer.net / liguecancer44@esantepdl.mmsante.fr