



ORDONNANCE

Suite évaluation pour une inclusion en soins de support post-cancer

Identité du patient

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Ville de naissance : _____

Département de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Un nouveau dispositif de prise en charge des soins de support post-cancer est mis en place. L'objectif est de vous faciliter l'accès à des consultations de psychologie, diététique, et activité physique adaptée grâce à un financement dédié.

Ce suivi sur 1 an, à compter de la fin de votre traitement, permettra de bénéficier au regard de vos besoins :

1 bilan initial + 6 consultations

ou

2 bilans initiaux + 4 consultations

ou

3 bilans initiaux + 2 consultations

Prescription pour :

- Bilan nutritionnel et diététique
- Bilan psychologique
- Bilan d'activité physique et adaptée

Date : ____ / ____ / _____

Signature et cachet du médecin :

Ordonnance à faire suivre au DAC pour organisation du parcours patient.