

PRESCRIPTION

PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER

PATIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

sexe : ☐ H ☐ F

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / /

Domicile (CP/Ville) :

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Spécialité :

Lieu d'exercice :

ORIENTATION

☐ **NUTRITION**

Bilan diététique

Précisez si nécessaire:

Structure :

Nom du/de la diététicien(ne) :

Téléphone :

☐ **ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)**

Bilan APA

Précisez si nécessaire:

Structure :

Nom du professionnel APA :

Téléphone :

☐ **SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS**

Bilan psychologique

Précisez si nécessaire:

Structure :

Nom du/de la psychologue :

Téléphone :

Date :

Signature :