

SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

Prescription / adressage

Date de la demande :

IDENTIFICATION DE L'ADRESSEUR

M. / Mme Nom : Profession : Service :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Mail sécurisé :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Cette prescription concerne : **Le patient** **Son entourage**

M. / Mme Nom : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Bénéficiaire de la CSS : Oui Non

Oncologue (si différent du prescripteur) :

Médecin traitant (si différent du prescripteur) :

Situation actuelle :

En cours de traitement actif d'un cancer

Après le traitement actif d'un cancer *Date de fin de traitement :*

Poids : Taille :

Indications sur la pathologie pour laquelle les SOS sont prescrits :

Organe primitivement atteint :		Dernier traitement reçu :
<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> VADS	<input type="checkbox"/> Chirurgie
<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Hématologie	<input type="checkbox"/> Radiothérapie
<input type="checkbox"/> Colo-rectal	<input type="checkbox"/> Système nerveux central	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie
<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Thérapie ciblée
<input type="checkbox"/> Col de l'utérus		<input type="checkbox"/> Hormonothérapie
		<input type="checkbox"/> Immunothérapie

PRESCRIPTION / ADRESSAGE

- Après évaluation auprès de votre patient merci de cocher les besoins identifiés :
 - Accompagnement psychologique** (dans la limite de l'enveloppe accordée par l'ARS)
 - Accompagnement diététique** (dans la limite de l'enveloppe accordée par l'ARS)
 - Accompagnement socio-esthétique** (dans la limite de l'enveloppe accordée par l'ARS)
 - Bilan d'activité physique adaptée** * (Uniquement les patients bénéficiant d'une ALD en lien avec le cancer et jusqu'à 12 mois après la fin des traitements actifs. Professionnels autorisés à prescrire : médecin / pédiatre / oncologue.)

INFORMATION DU PATIENT

J'atteste avoir informé le patient de cette démarche

J'atteste avoir obtenu son consentement à l'utilisation de ses données à caractère personnel par l'association Appui Santé 28

À communiquer au patient :

Un professionnel vous a préconisé des soins oncologiques de support. Afin de permettre la mise en œuvre de cette préconisation, l'association Appui Santé 28 sera amenée à traiter les données à caractère personnel figurant sur ce formulaire d'adressage.

Conformément au Règlement Général Européen relatif à la protection des données (RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'information, d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de ces données, d'un droit à la limitation du traitement et d'un droit à l'effacement.

Vous pouvez exercer ces droits auprès de Madame Marilyn ROUME, Directrice de l'association Appui Santé 28, en écrivant à l'adresse email aps28@appuisante28.fr

SIGNATURE ET CACHET DU PRESCRIPTEUR

Ce document est à retourner à l'association **Appui Santé 28** :

Courriel : soinsoncologiquesdesupport@appuisante28.fr ou
soinsoncologiquesdesupport28@cvl.mssante.fr

Courrier : 56 rue de Reverdy, 28000 CHARTRES