

PARCOURS DE SOINS GLOBAL
PRESCRIPTION DE SOINS DE SUPPORT

NOM du médecin traitant

NOM du médecin spécialiste

NOM de naissance :

NOM d'usage :

PRENOM :

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

Téléphone :-.....-.....-.....

Date de diagnostic :

Les traitements actifs (chimiothérapie/ chirurgie / radiothérapie...) du cancer sont -ils terminés ?.....

Type du traitement en cours (chimiothérapie/ immunothérapie/radiothérapie...).....

OU

Dernier traitement actif (chimiothérapie/ chirurgie/radiothérapie...) :

Date de la fin des traitements actifs du cancer :

ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

- Bilan ☐ 
Suite au Bilan, la Ligue contre le cancer 73 peut participer financièrement aux coûts d'adhésion ou de licence à une activité

DIETETIQUE

- Bilan et consultations ☐ 
La Ligue contre le cancer 73 pourra prendre en charge jusqu'à 4 séances d'accompagnement.

PSYCHOLOGUE

- Bilan et consultations ☐ 
La Ligue contre le cancer 73 pourra prendre en charge jusqu'à 5 séances de soutien.

Date : N° RPPS :

Signature et cachet du médecin prescripteur

LIGUE CONTRE LE CANCER – COMITE DE SAVOIE

278, rue Nicolas Parent – 73000 Chambéry

 04 79 62 19 46  MonSisra : LA LIGUE CONTRE LE CANCER DE SAVOIE 73

