

**PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER  
PRESCRIPTION DE SOINS DE SUPPORT**

*NOM du médecin traitant* .....  
*NOM du médecin oncologue* .....

*NOM de naissance* : .....  
*NOM d'usage* : .....  
*PRENOM* : .....  
*Date de naissance* : .../.../.....  
*Téléphone* : .....-.....-.....-.....-.....

*Date de la fin des traitements actifs du cancer* : .....

**ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE**

➤ Bilan .....



**DIETETIQUE**

➤ Bilan .....   
➤ Puis consultations de suivi .....



**PSYCHOLOGUE**

➤ Bilan .....   
➤ Puis consultations d'accompagnement psychologique et 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 📧 [cd73@ligue-cancer.net](mailto:cd73@ligue-cancer.net)

