

**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 et consultations de suivi



PSYCHOLOGUE

➤ Bilan et consultations d'accompagnement psychologique.....



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

