



PRESCRIPTION

Parcours Accompagné Coordonné en Oncologie relatif aux Soins de Support

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Prénom :

Fonction :

N° RPPS :

Adresse d'exercice :

Établissement de rattachement :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Organe primitivement atteint par le cancer :

Dernier traitement connu :

Date de fin de traitement :

☐ Je prescris le Parcours Accompagné Coordonné en Oncologie relatif aux Soins de Support

Cette prescription ouvre droit au patient à un panier de soins de support et de bien-être de 510 € pour réaliser en fonction de ses besoins (questionnaire INCa accompagné avec une infirmière libérale) des bilans et/ou consultations et/ou séances, sans reste à charge, (psychologue, diététicien, activité physique adaptée, sexologue, assistante sociale, hypnose, sophrologie, pair-expert) en proximité de son domicile durant une période de 6 à 9 mois. Ce parcours est indiqué pour les patients en cours de traitement ou en fin de traitement actif du cancer et coordonnés sur votre territoire par des structures identifiées par l'ARS Occitanie.

☐ Contre-indication à la pratique d'une activité physique adaptée

☐ Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte

Date de prescription du parcours :

Signature / cachet du prescripteur

Nom de la structure coordinatrice :

Coordonnées de la structure :