**PRESCRIPTION**

**Parcours Accompagné Coordonné en Oncologie relatif aux Soins de Support**

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fonction : Choisissez un élément.

N° RPPS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse d’exercice : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Établissement de rattachement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Sexe : Choisissez un élément.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Code postal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Organe primitivement atteint par le cancer : Choisissez un élément.

Dernier traitement connu : Choisissez un élément.

Date de fin de traitement, le cas échéant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------**

[ ]  Je **prescris le Parcours Accompagné Coordonné en Oncologie relatif aux Soins de Support**

Cette prescription ouvre droit au patient à un forfait de soins de support et de stratégies complémentaires 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. Le suivi et les CR seront adressés par l’IDEL aux médecins prescripteurs.

[ ]  Contre-indication à la pratique d’une activité physique adaptée

[ ]  Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte

**Date de prescription du parcours** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature / cachet du prescripteur**

Nom de la structure coordinatrice : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées de la structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.