

### En tête avec coordonnées des établissements du 3C (adresses, FINESS et logos)

Ce Programme Personnalisé de Soins (PPS) n'est pas définitif et irrévocable. C'est une approche qui vous donne des indications et la nature du traitement qui va être engagé sur vos prochains rendez-vous. Il pourra évoluer en fonction de votre état de santé.

#### Volet Informations

##### Les informations du patient

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
 Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : .../.../... Ville de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Situation familiale : .....  
 Nom du médecin référent : .....  
 Date dernière RCP : ...../...../.....  
 Coordonnées\* du médecin traitant : .....  
 Coordonnées IDE libérale\* : .....  
 Coordonnées Pharmacien d'officine\* : .....  
 Coordonnées Biologiste\* : .....  
 Coordonnées correspondants  
 Date de Consultation médicale d'annonce : .../.../... Réalisé par : .....  
 Date de d'accompagnement soignant : .../.../... Réalisé par\* : .....

##### Les coordonnées des professionnels

Spécialité	Coordonnées (issus de la base de l'annuaire des ressources en cancérologie)	Date de RDV
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gériatre</li> <li>• IDE libérale</li> <li>• Pharmacien d'officine</li> <li>• Masseur-kinésithérapeute</li> <li>• Structures de prise en charge à domicile (Réseaux, HAD, SSIAD...)</li> <li>• Algologue</li> <li>• Diététicien(n)e et médecin nutritionniste</li> <li>• Psychologue et psychiatre</li> <li>• Assistante sociale</li> <li>• Stomathérapeute</li> <li>• Professionnel APA</li> <li>• Consultation fertilité</li> <li>• Consultation sexologue</li> <li>• Consultation en addictologie</li> <li>• Kinésithérapeute, ergothérapeute, ostéopathe, orthophoniste</li> <li>• Equipe de soins palliatifs</li> <li>• ERC, Aire Cancer, Association</li> <li>• Autres</li> </ul>	Nom /prénom. .... Adresse : ..... ..... ..... Numéro de téléphone :  _ _   _ _   _ _   _ _   _ _	

Décembre 2018

**Données sur la pathologie**

Siège de la tumeur primitive (Localisation) : .....  
 Date de diagnostic de la pathologie (année) : .....  
 Stade clinique initial (Si applicable) : Stade T : ..... Stade N : ..... Stade M : ..... Autre(s) stade (s)  
 Diagnostic anatomopathologique de cancer le : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|

**Calendrier et plan de traitement**

→ Génération d'un plan de traitement sous **format tableau**

Plan de traitement	Type de traitement	Complément	Date	Structure	Professionnel

**Calendrier du plan de traitement (génération PDF)**

→ Examens complémentaires demandés (format tableau)

Examen	Détail	Date de l'examen

→ Consultations complémentaires demandés (format tableau)

Type de consultation	Coordonnées du professionnel	Date de la consultation

**Informations délivrées au patient : (liste)**

- Livret descriptif de la maladie
- Dépliant Aire Cancer et ERC/Associations de patients
- Fiches effets secondaires
- Carte d'information URPS
- Explication ALD
- Autre : .....

Ce Programme Personnalisé de Soins vous a été remis par :

Le Docteur (reprise du nom du médecin référent)

L'IDE (reprise du nom de l'IDE de CAS) avec l'accord du Docteur (reprise du nom du médecin référent)

Le : ..../.../..... (date de validation du document)

**L'ensemble du contenu du PPS est repris automatiquement de la fiche RCP et de la fiche de synthèse d'évaluation des besoins.**