**Médecins référents :**

..... .....

..... .....

**Médecin généraliste :**

..... .....

**Personne à prévenir :**

..... .....

**Mes contacts :**

Service d'hospitalisation en oncologie : .....

Centre de radiothérapie : .....

Dispositif d'annonce : .....

---

Mémo :

.....

.....

.....

LOGO établissement

## PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Présence d'un accompagnant ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lien avec le patient : _____

Médecin référent : _____

Date de la RCP : _____ / _____ / 201..

Remis par le Docteur : _____

Le : _____ / _____ / 201.. Signature et cachet :

Ce programme de soins **n'est pas définitif.** C'est une approche qui vous donne des indications **sur vos prochains rendez-vous et la nature du traitement** qui va être engagé. Il est **le reflet de la consultation initiale avec le médecin référent et témoigne d'une réunion de concertation pluridisciplinaire**. Il **est susceptible d'être modifié en fonction des nécessités du traitement**. **Ces données sont spécifiques à chaque patient.**

**Traitement chirurgical :**

☐ Non ☐ Oui

**Chirurgie :**

Nom du chirurgien : _____

Type de chirurgie : _____

Etablissement : _____

**Chimiothérapie :**

Protocole : _____

Nombre de cures prévues : _____

Rythme des cures : _____

Traitement par voie orale : ☐ Non ☐ Oui

par voies veineuses : ☐ Non ☐ Oui

Chambre implantable : ☐ Oui ☐ Non

Pose prévue le : _____ / _____ / 201 ..

Nom du chirurgien : Dr _____

Principaux signes à surveiller entre 2 cures : _____

_____

**Radiothérapie :**

Nombre de séances : _____

Nombre de semaines de traitement : _____

Médecin : _____

| Mois | Janvier | | | | Février | | | | Mars | | | | Avril | | | | Mai | | | | Juin | | | | Juillet | | | | Aout | | | | Septembre | | | | Octobre | | | | Novembre | | | | Décembre | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Semaines** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 48 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 |
| **Chirurgie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Radiothérapie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Chimio-thérapie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Hormono-thérapie et autres** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bilans de surveillance** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Surveillance :**

Examens radiologiques : _____

_____

Bilans sanguins : _____

_____

**Autres soins :**

☐ Suivi psychologique ☐ Kinésithérapie ☐ Suivi Social

☐ Suivi diététique ☐ Douleur

Dispositif d'annonce sollicité : ☐ oui ☐ non