

Date de la demande :

IDENTIFICATION DE L'ADRESSEUR

Nom /Prénom : Profession :
Service : Etablissement :
Adresse :
Téléphone :
Mail sécurisé :
Mail :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Cette prescription concerne : M. / Mme Nom :
Nom de naissance : Prénom :
Né(e) le :
Adresse :
Téléphone :
Mail :
Bénéficiaire de la CSS : Oui Non
Oncologue (si différent du prescripteur) :
Médecin traitant (si différent du prescripteur) : Lieu d'exercice :
Situation actuelle du patient :
 En cours de traitement actif d'un cancer
 Après le traitement actif d'un cancer Date de fin de traitement :
Poids : Taille :

Indications sur la pathologie pour laquelle les SOS sont prescrits :

Organe primitivement atteint :		Dernier traitement reçu :
Sein	VADS	Chirurgie
Poumon	Hématologie	Radiothérapie
Colo-rectal	Système nerveux central	Chimiothérapie
Prostate	Autre :	Thérapie ciblée
Col de l'utérus		Hormonothérapie
		Immunothérapie

PRESCRIPTION / ADRESSAGE

Après évaluation auprès de votre patient merci de cocher les besoins identifiés :

- Accompagnement psychologique** (dans la limite de l'enveloppe accordée par l'ARS)
- Accompagnement diététique** (dans la limite de l'enveloppe accordée par l'ARS)
- Accompagnement socio-esthétique** (dans la limite de l'enveloppe accordée par l'ARS)
- Bilan d'activité physique adaptée** (Uniquement pour les patients en post cancer, c'est-à-dire après la fin des traitements actifs, sur une durée de 12 mois (hors hormonothérapie). Professionnels autorisés à prescrire : médecin / pédiatre / oncologue.)

INFORMATION DU PATIENT

J'atteste avoir informé le patient de cette démarche et avoir obtenu son accord quant aux soins de support prescrits

J'atteste avoir obtenu son consentement à l'utilisation de ses données à caractère personnel par l'association Appui Santé 37

À communiquer au patient :

Un professionnel vous a préconisé des soins oncologiques de support. Afin de permettre la mise en œuvre de cette préconisation, Appui Santé 37, sera amené à traiter les données à caractère personnel figurant sur ce formulaire d'adressage.

Conformément au Règlement Général Européen relatif à la protection des données (RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'information, d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de ces données, d'un droit à la limitation du traitement et d'un droit à l'effacement.

Vous pouvez exercer ces droits auprès du président de l'association Appui Santé 37 en envoyant un mail à l'adresse suivante : president@appuisante37.org

SIGNATURE ET CACHET DU PRESCRIPTEUR

Ce document est à retourner à l'association **Appui Santé 37** :

MSSanté : appuisante37@cvl.mssante.fr

Courriel : contact@appuisante37.org

Courrier : 2 allée du petit Cher – 37550 Saint Avertin