

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 de naissance :

Nom : 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. (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](mailto:president@appuisante37.org)

## SIGNATURE ET CACHET DU PRESCRIPTEUR

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

**MSSanté** : [appuisante37@cvl.mssante.fr](mailto:appuisante37@cvl.mssante.fr)

**Courriel** : [contact@appuisante37.org](mailto:contact@appuisante37.org)

**Courrier** : 2 allée du petit Cher – 37550 Saint Avertin