**PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D’UN CANCER**

**PRESCRIPTION DE SOINS DE SUPPORT**

***NOM du médecin traitant ***

***NOM du médecin spécialiste ***

***NOM de naissance : ***

***NOM d’usage : ***

***PRENOM : ***

***Date de naissance : //***

***Téléphone : ***

***Date de la fin des traitements actifs du cancer : //***

***Dernier traitement actif : //***

**ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE**

* Bilan …………………………………………………………………………………….. [ ]

**DIETETIQUE**

* Bilan et consultations de suivi ………………………………………………… [ ]

**PSYCHOLOGUE**

* Bilan et consultations d’accompagnement psychologique………. [ ]

***Date : //***

***N° RPPS : ***

***Signature et cachet du médecin prescripteur***