

# PRESCRIPTION

## PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER

### PATIENT

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

sexe :  H  F

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ..... / ..... / .....

Domicile (CP/Ville) : .....

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....

Spécialité : .....

Lieu d'exercice : .....

### ORIENTATION

**NUTRITION**

Bilan diététique

**Précisez si nécessaire:**

Structure :

Nom du/de la diététicien(ne) :

Téléphone :

**ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)**

Bilan APA

**Précisez si nécessaire:**

Structure :

Nom du professionnel APA :

Téléphone :

**SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS**

Bilan psychologique

**Précisez si nécessaire:**

Structure :

Nom du/de la psychologue :

Téléphone :

**Date :**

**Signature :**