

## SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

### Prescription / adressage

**Date de la demande :**

#### IDENTIFICATION DE L'ADRESSEUR

M.  / Mme  Nom : Profession : Service :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Mail sécurisé :

#### IDENTIFICATION DU PATIENT

Cette prescription concerne :  **Le patient**  **Son entourage**

M.  / Mme  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) :

Situation actuelle :

**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 :
<input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Colo-rectal <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Col de l'utérus	<input type="checkbox"/> VADS <input type="checkbox"/> Hématologie <input type="checkbox"/> Système nerveux central <input type="checkbox"/> Autres :
	<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> 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 les patients bénéficiant d'une ALD en lien avec le cancer et jusqu'à 12 mois après la fin des traitements actifs. Professionnels autorisés à prescrire : médecin / pédiatre / oncologue.)

### INFORMATION DU PATIENT

J'atteste avoir informé le patient de cette démarche

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

#### **À communiquer au patient :**

Un professionnel vous a préconisé des soins oncologiques de support. Afin de permettre la mise en œuvre de cette préconisation, le Dispositif d'Appui à la Coordination de l'Indre (DAC 36) 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 de Monsieur Bruno MEYMANDI, Président de l'association Appui Santé Berry, en écrivant à l'adresse email [direction@appuisanteberry.fr](mailto:direction@appuisanteberry.fr).

### SIGNATURE ET CACHET DU PRESCRIPTEUR

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

**Courriel** : [dac36@appuisanteberry.fr](mailto:dac36@appuisanteberry.fr) ou [dac36@cvl.mssante.fr](mailto:dac36@cvl.mssante.fr)

**Courrier** : 8-2 rue des mécaniciennes, 36000 Châteauroux