

## Prescription de soins de support

Nom et prénom du patient :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Email du patient :

Téléphone du patient :

Nom et prénom du médecin référent :

Organe primitivement atteint par le cancer :

- poumon  sein  colo-rectal  prostate  utérus  hématologie  voies aérodigestives supérieures  
 système nerveux central  col de l'utérus  autre : .....

Nom complet de la pathologie :

Stade :  localisé  métastatique

Dernier traitement connu :

Date de fin du dernier traitement actif :

Poids :

Taille :

Bénéficiaire de la CSS

Bénéficiaire de la PUMA

**Choix de la prescription dans la limite de 180€/patient**

**Un bilan 1 heure = 45€**

**Une consultation 1 heure = 45€**

1 bilan + 3 consultations d'une heure

2 bilans + 2 consultations d'une heure

Variantes possibles (ex : 1 bilan + 2 consultations)

### ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

---

1 bilan motivationnel et fonctionnel d'activité physique adaptée (APA)

### ACCOMPAGNEMENT DIETETIQUE

---

1 bilan et consultation(s) diététique(s)

### ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

---

1 bilan psychologique et consultation(s) psychologique(s)

Date : \_\_\_\_\_

Nom du médecin prescripteur :

Signature et cachet :

Pour tout renseignement complémentaire :

LIGUE CONTRE LE CANCER-COMITE DE LOIRE-ATLANTIQUE

9, rue Péligon - CS 41609- 44016 NANTES Cedex 1

Madame TESSIER Delphine - 02.40.14.00.14 / [soins.cd44@ligue-cancer.net](mailto:soins.cd44@ligue-cancer.net)