**INFORMATIONS GENERALES SUR LE PATIENT**

# Informations cliniques

Diagnostic donné au patient : ……………………………………………………………………………………

Actuellement inclus dans un essai clinique : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, nom de l’essai clinique :

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CALENDRIER DES SOINS**

# Traitements

Précisez l’ordre devant le traitement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_ Chirurgie\_\_ Dispositif implantable/VVC \_\_ Chimiothérapie \_\_ Immunothérapie \_\_ Hormonothérapie  | \_\_ Thérapie ciblée \_\_ Radiothérapie \_\_ Radio/Chimio concomitante\_\_ Radiothérapie métabolique\_\_ Curiethérapie  | \_\_ Radiologie interventionnelle\_\_ Autogreffe/Allogreffe\_\_ Prise en charge palliative\_\_ CHIP\_\_ Surveillance seule\_\_ Autre |

Précisions : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom(s) médecin(s) : Lieu :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Statut :

❑ A prévoir

 Date(s) : ………………………………………

 ……………………………………….

 ……………………………………….

❑ En cours

❑ Interrompu

❑ Terminé

❑ Annulé

# Soins de support

❑ Activité Physique Adaptée (APA)

❑ Accompagnement esthétique

❑ Addictologie

❑ Consultation référent oncologue

❑ Consultation soins de support

❑ Diététique / Nutrition

❑ Equipe mobile SP et/ou douleur

❑ Ergothérapeute

❑ Gériatre

❑ Kinésithérapie / Rééducation fonctionnelle

❑ Orthophoniste

❑ Pharmacien

❑ Psychiatre / Psychologue

❑ Psychomotricien

❑ Réévaluation équipe soignante

❑ Service social

❑ Stomathérapeute

❑ Autre

Précisions :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom(s) soignant(s) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Lieu :

❑ Intra hospitalier

❑ Extra hospitalier

Statut :

❑ A prévoir

 Date(s) : ………………………………………

 ……………………………………….

 ……………………………………….

❑ En cours

❑ Interrompu

❑ Terminé

❑ Annulé

**Evaluation sociale et devenir du patient**

# Evaluation sociale du patient :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Devenir du patient :

❑ Domicile

❑ Hospitalisation soins de support

❑ SSR

❑ Séjour de répit

❑ LISP

❑ USP

❑ A définir

# Intervenant(s) :

❑ Réseau de santé

❑ HAD

❑ Hôpital de jour soins de support

❑ Professionnels libéraux

❑ SSIAD

❑ Prestataire de ville

❑ Autre

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Autre :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Contacts**

# Médecin traitant

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………….......

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

# Personne de confiance

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Coordonnées : ……………………………………………………………………………………………………......

# Personne à prévenir

NOM : ………………………………………………………………………………………………………………….

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………..

# Médecins spécialistes référents

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

# Infirmière d’information et de coordination

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

# Pharmacien de ville

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

# Laboratoire d’analyses médicales

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

# Autres intervenants de ville (infirmière, masseurs-kinésithérapeute…)

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

# Structures d’HAD ou de l’hôpital de proximité

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

**Contacts sociaux**

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

# Réseaux de santé

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

# Autres :

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………..

Profession / Spécialité : ………………………………………………………………………………………………

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………...

**Finalisation du PPS**

Acceptation par le patient ? ❑ Oui ❑ Non ❑ Autre

Date de la consultation d’annonce : …………………...

Personne de confiance présente lors de la consultation d’annonce : ❑ Oui ❑ Non

PPS remis par : ………………………………………………………………………………………………………. Le : …………………………………………………………