

Je soussigné(e), Dr..... prescrit à
 Nom de naissance: Nom :
 Prénom : Né(e) le :

PRESCRIPTION DES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORTS pour les personnes atteintes d'un cancer bénéficiant d'une ALD

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

PARCOURS DE SOINS GLOBAUX <u>PENDANT</u> LE TRAITEMENT D'UN CANCER (Parcours cumulables)	PARCOURS DE SOINS GLOBAUX <u>APRES</u> LE TRAITEMENT D'UN CANCER (1 Bilan + 6 Cs / 2 Bilans + 4 Cs / 3 Bilans + 2 Cs) → date de fin du traitement actif:/...../.....
<input type="checkbox"/> Parcours diététique → 1 bilan + 2 Cs <input type="checkbox"/> Parcours psychologique → 1 bilan + 4 Cs <input type="checkbox"/> Parcours Soins socio-esthétiques → 3 Cs socio-esthétique	<input type="checkbox"/> Parcours diététique → 1 bilan +/- Cs <input type="checkbox"/> Parcours psychologique → 1 bilan +/- Cs <input type="checkbox"/> Parcours activité physique adaptée → 1 Bilan  prescription d'une activité physique ci-dessous obligatoire

PRESCRIPTION D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE ADAPTÉE pour les personnes atteintes d'une ALD, d'une maladie chronique, présentant un ou plusieurs facteurs de risques, pour les personnes en perte d'autonomie

L'équipe pluridisciplinaire de Santé EsCALE 41 orienteront le/la patient.e sur le programme d'activité physique le plus adapté suivant les besoins et les attentes.

L'état de santé du patient nécessite une prise en charge rapide. Justifier :

.....

Données anthropométriques : Poids Taille

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux significatifs : Indications sur les pathologies (et complications éventuelles) pour lesquelles l'activité est prescrite :

.....

Traitements médicamenteux : Oui non

Si oui quels sont les effets secondaires à prendre en compte ?

Objectifs physiologiques	Objectifs psychosociaux	Autres objectifs
<input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Equilibre et proprioception <input type="checkbox"/> Souplesse et mobilité articulaires <input type="checkbox"/> Capacité cardio-respiratoire <input type="checkbox"/> Autres.....	<input type="checkbox"/> Gestion du stress <input type="checkbox"/> Travail cognitif <input type="checkbox"/> Estime de soi <input type="checkbox"/> Bien-être <input type="checkbox"/> Création de liens sociaux <input type="checkbox"/> Favoriser la réinsertion socioprofessionnelle	<input type="checkbox"/> Prévenir et maintenir l'autonomie <input type="checkbox"/> Lutter contre la sédentarité <input type="checkbox"/> Engager une perte de poids <input type="checkbox"/> Autres.....

Le/...../20.....
 à

Signature et cachet du médecin prescripteur