

CPTS du Trégor

GROUPEMENT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LA CÔTE DE GRANIT ROSE

Le GPS a pour vocation de faciliter le partage d'informations
et la coordination entre professionnels de santé de notre secteur.

Objet : La CPTS du Trégor propose aux personnes de plus de 15 ans résidant sur le territoire du Trégor et ayant été traitées pour un cancer depuis moins d'un an de bénéficier d'un accompagnement personnalisé gratuit (sous conditions).



Date de la demande :

Coordonnées de la personne

Nom : Sexe : F H
Prénom Date de naissance
Tél. : Mail :
Adresse postale
.....

- La personne souhaite bénéficier des soins de support
- La personne relève de la complémentaire santé solidaire (ex-CMU)
- La personne est informée et a consenti au partage des informations

Coordonnées du : Médecin traitant Médecin spécialiste

Nom Prénom
Ville/Etablissement
Tél.
Mail sécurisé :

Référents professionnels

Médecin traitant Dr Spécialiste(s) Dr
Autre(s) professionnels

Situation médicale

Organe primitivement atteint par le cancer :

Stade : localisé métastatique

Traitements reçus :

Chirurgie: Mois/année :..... Immunothérapie Mois/année :.....

Radiothérapie Mois/année :..... Autre :

Chimiothérapie Mois/année :.....

Lieu du dernier traitement :

Date du dernier traitement :

Taille en cm, poids en Kg :

Prescription (cochez le ou les soins de supports demandés) :

Activité Physique Adaptée (A.P.A.)

Prise en charge diététique

Soutien psychologique

1 bilan d'une heure :

Nombre de séances :

Nombre de séances :

1

1

2

2

3

3

4

4

AU TOTAL 4 SEANCES MAXIMUM PAR PATIENT

Par exemple : 1 bilan APA et 3 consultations de diététique ou de soutien psychologique

ou 1 bilan APA et 1 consultation en diététique et 2 consultations de soutien psychologique

ou 4 consultations de soutien psychologique ou de diététique

ou 2 consultations de diététique et 2 consultations de soutien psychologique

- ✓ **Demande une prise en charge en Activité Physique Adaptée dans le cadre du projet et autorise la réalisation des tests d'évaluation de l'état physique par l'enseignant APA.**

Fait : **Le**

Signature du demandeur :