

**FICHE DE PRESCRIPTION D'UNE PRISE EN CHARGE DE SOINS  
DE SUPPORT DIETETIQUE**

*(Patient en cours de traitement contre le cancer)*



Nom du Médecin prescripteur + N° RPPS : .....

Ou prescripteur tampon

**Date de la prescription :** ...../...../.....

Nom du patient : .....

Prénom du patient : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

**Prescription d'une prise en charge de soins de support diététique auprès de la CPTS  
Dracénie Provence Verdon.**

Localisation de la consultation souhaitée :

- Draguignan
- Aups
- Comps-sur-Artuby

Signature du médecin :

---

A adresser à : [medecintraitant@cptsdracenie.fr](mailto:medecintraitant@cptsdracenie.fr)

Vous pouvez également faire la demande par téléphone au : 06 33 79 72 60