

**FICHE DE PRESCRIPTION D'UNE PRISE EN CHARGE DE
SOINS DE SUPPORT**
(Patient en post traitement du 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 Psychologique APA

**Afin d'organiser la prise en charge du patient, veuillez contacter la CPTS
Dracénie Provence Verdon au : 06 33 79 72 60 (patient, aidant ou
professionnel de santé)**

Signature