APPUI SANTÉ EN CORNOUAILLE

APAC
Action Prévention Après Cancer

Prescription de soins de support

N°____

Objet : L'APAC propose aux adultes résidant sur le territoire de santé n°2 et ayant été traités pour un cancer de bénéficier d'un accompagnement personnalisé. Ce projet s'adresse aux personnes qui ont été traitées pour un cancer et qui nécessitent un accompagnement personnalisé dans l'année qui suit la fin des traitements (sont inclues les personnes en cours d'hormonothérapie).

Date de la demande :..... *(Reçue le :.....)*

Coordonnées de la personne Sexe : ☐F ☐H

Nom de naissance .....Nom d'usage .....

Prénom .....Date de naissance.....

Tél. :.....Mail : .....

Adresse postale .....

.....

☐ La personne souhaite bénéficier des soins de support dans le cadre du projet APAC.

☐ La personne est informée et a consenti au partage des informations.

Coordonnées du demandeur : ☐ **Médecin traitant** ☐ **Médecin spécialiste**

Nom ..... Prénom .....

Ville/Etablissement .....

Tél. ..... Mail .....

Mail sécurisé : .....

Référents professionnels

Médecin traitant Dr.....Ville .....

Spécialiste(s) Dr .....

Autre(s) professionnels .....

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

☐ Activité Physique Adaptée (A.P.A.) : ***merci de compléter la prescription APA ci-joint.***

☐ Prise en charge diététique

☐ Soutien psychologique

APPUI SANTÉ EN CORNOUAILLE

APAC Action Prévention Après Cancer

Prescription de soins de support

N°____

Situation médicale

Diagnostic : .....

Traitements reçus :

☐ Chirurgie : *Mois/année* :.....

☐ Radiothérapie *Mois/année* :.....

☐ Chimiothérapie *Mois/année* : .....

☐ Immunothérapie *Mois/année* :.....

☐ Autre : .....

Lieu du dernier traitement :

.....

Date du dernier traitement :

.....

Histoire de la maladie (*chronologie des évènements)***:**.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pathologies associées

☐ Conduites addictives : .....

☐ Troubles cognitifs .....

☐ Troubles nutritionnels (perte poids, dénutrition, obésité, etc.) .....

☐ Troubles Psychiques : .....

☐ Symptômes Physiques (plaie, douleur, ..) : .....

☐ Handicap : .....

☐ Troubles du comportement .....

☐ Pathologies chroniques : .....

Points de vigilance

☐ Isolement social ☐ Isolement géographique ☐ Difficultés de communication

☐ Risque de non observance ☐ Précarité économique ☐Autre :

Autres informations :

.....

.....

Appui Santé en Cornouaille – 49 Hent Penhoad Braz – 29700 PLOMELIN - 02 98 90 20 96 – apac@appuisantecornouaille.fr
Mails sécurisés : apac.telesantebretagne@apicrypt.fr – apac@telesantebretagne.org – apac@bretagne.mssante.fr

Prescription d'activité physique adaptée

(à joindre à la demande de soins de support)

Je soussigné Dr ....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné Mr/Mme *NOM*.....*Prénom*....., né(e) le..... et avoir constaté que son état de santé actuel :

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

- ☐ **Autorise la pratique des activités physiques adaptées sans limitations.**

- ☐ **Autorise la pratique des activités physiques adaptée avec des limitations en termes de** :

  - ☐ Incapacité à aller vers des séances collectives mais vers des séances individuelles
  - ☐ Charge :.....
  - ☐ Vitesse : .....
  - ☐ Posture .....
  - ☐ D'intensité de l'effort.....
  - ☐ En durée .....
  - ☐ Réalisation d'activités en milieu aquatique

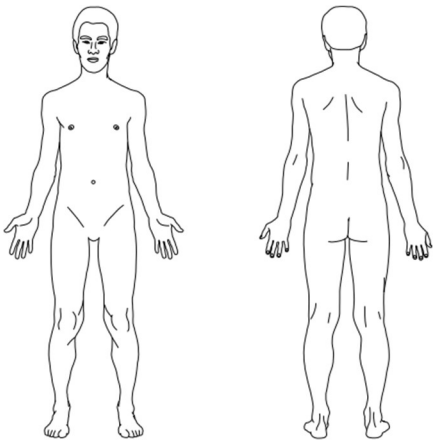

Figure 1 : Indiquer sur ce schéma la localisation des limitations par une flèche

Autres précisions pouvant renseigner le professionnel chargé de la prise en charge en APA :
.....
.....
.....

Fait à .....,
Le .....

Signature et Cachet médical

Appui Santé en Cornouaille – 49 Hent Penhoad braz – 29700 Plomelin – 02 98 90 20 96 - apac@appuisantecornouaille.fr
Mails sécurisés : apac.telesantebretagne@apicrypt.fr – apac@telesantebretagne.org – apac@bretagne.mssante.fr