

CALENDRIER PREVISIONNEL DE SOINS DE Mr/Mme :

Année : _ _ _ _

		Mois															
		Semaine															
CHIRURGIE																	
<i>Hospitalisation</i>																	
<i>Nom Chirurgien :</i>																	
<i>Lieu :</i>																	
<i>Type de chirurgie :</i>																	
<i>Date chirurgie :</i>																	
RADIOTHERAPIE																	
<i>Traitement</i>																	
<i>Nom radiothérapeute :</i>																	
<i>Lieu :</i>																	
<i>Durée radiothérapie :</i>																	
<i>Fréquence :</i>																	
CHIMIOOTHERAPIE																	
<i>Traitement</i>																	
<i>Nom oncologue :</i>																	
<i>Lieu :</i>																	
<i>Nom protocole :</i>																	
<i>Nombre de cures prévues :</i>																	
<i>Intervalle entre les cures :</i>																	
HORMONOTHERAPIE																	
<i>Traitement</i>																	
<i>Nom oncologue :</i>																	
<i>Lieu :</i>																	
<i>Nom traitement:</i>																	
<i>Forme : Orale Intra Musculaire</i>																	
AUTRES																	
<i>Traitement</i>																	
SURVEILLANCE																	
<i>Examens :</i>																	
<i>Fréquence :</i>																	

Contacts dans l'établissement

Logo +
adresse établissement

Téléphone

Coordonnées du service

Secrétariat oncologie :
Secrétariat radiothérapie :
Infirmière Information et
Coordination :

Centre de Coordination en Cancérologie (3C)

Secrétariat :

Autres contacts

Assistante sociale :
Psychologue :
Nutritionniste :
Tabacologue :

Associations de patients

PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS

Etiquette patient

Remis par le Dr

Le/...../.....

*Ce calendrier de soins vous est personnel. Il vous donne des indications
sur vos prochains rendez-vous. Il peut être modifié si besoin*