

**PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS**

Références : 3C – DispA/PPS – 01

Version 2

Date :
14/03/2014

COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS

Page 1 / 2

Nom :
Prénom :
Date de naissance : ___/___/___

Pathologie :
Médecin traitant :
Autres correspondants médicaux :

Remis au patient par Dr:

Date remise PPS : ___/___/___ Date RCP : ___/___/___

Ce programme de soins n'est pas définitif, il peut être modifié en fonction de votre tolérance et de vos besoins.

Les effets secondaires et le calendrier sont détaillés dans le carnet de suivi du patient.

Ce document n'est pas définitif et sera complété tout au long de votre parcours de soins

Soins oncologiques

TYPE DE TRAITEMENT	MODALITES DE TRAITEMENT	
CHIRURGIE	Intervention type : _____ Centre : _____ Chirurgien : _____ Tel : _____	DATE ___/___/___
HORMONOTHERAPIE	Type : _____ Mode d'administration : _____	Durée : _____
CHIMIOOTHERAPIE	Chimiothérapie type : _____ Centre : _____ Médecin : _____ Tel : _____ 1 ^{er} RDV : _____	Nombre de cures Envisagées : _____ Tous les ___/___/ jours
RADIOTHERAPIE	Localisation : _____ Avec chimiothérapie : oui non Antalgique : _____ Centre : _____ Médecin : _____ Tel : _____	Durée : _____
CONSULTATION D'ANNONCE	Lieu : _____ Tel : _____	DATE ___/___/___
POSE CIP	Médecin : _____ Lieu : _____	DATE ___/___/___
AUTRE:	Médecin : _____ Tel : _____ Lieu : _____	DATE ___/___/___

Copie du PPS à garder dans le dossier

Créé/Révisé par	Relu par	Validé par
Date Visa	G.SABOURAUD Ingénieur qualité CH Royan	Date 18/04/14 Visa L. CHASSIGNOL Médecin coordonnateur 3C CH Saintonge
DATE VISA	C PAILLE Responsable qualité CH Saintes / St Jean d'Angely	DATE 06/05/14 VISA F. VILLAR Médecin coordonnateur adjoint 3C Clinique Pasteur
Date Visa	S.CHARLES Technicienne Qualité/Gestion des Risques CH Jonzac	Date 07/05/14 VISA

**PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS**

Références : 3C – DispA/PPS – 01

Version 2

Date :

14/03/2014

COMMISSION : Dispositif d'annonce et PPS

Page 2 / 2

Soins de support :

INTERVENANTS			RENDEZ-VOUS LE	LIEU
Spécialité	Noms	Téléphone		
Assistante sociale :		05 46 95 13 40	___/___/___	
Diététicienne :	Mme Teyssonier Aurélie	05 46 95 15 15 Poste 4160	___/___/___	
Psychologue :	Mr Joulia Olivier	05 46 95 15 30	___/___/___	
Consultation douleur	Dr Pernelle	05 46 95 15 15 Poste 3281	___/___/___	
Socio-esthéticienne	Mme Lajarge Valérie	05 46 95 15 15 Poste 2111	___/___/___	
Autres			___/___/___	
			___/___/___	
			___/___/___	