

**Programme de Personnalisé de Soins (PPS)**

**Chirurgie …………………………**

**Ce PPS est à apporter à chaque rendez-vous. Il vous donne des indications sur vos prochains rendez-vous et la nature des traitements qui vont être faits.**

Remis par le Docteur le :

**Consultation d’annonce du :**

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

**Médecins correspondants :**  **Contacts directs :**

 - Médecin référent : Dr 05…………….

- Chirurgien : Dr 05…………….

 - Oncologue : Dr 05…………….

 - Etablissement : 05…………….

 - Service des Urgences : 05…………….

Personne de confiance désignée :

½

**DIAGNOSTIC – PATHOLOGIE :**

 Colon, estomac, etc… droit/gauche, symptomatique ou non, etc..

 Ex : tumeur colique gauche occlusive, hémorragique

**PROTOCOLE DE TRAITEMENT**

Date de la RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) : xx/xx/xx

Geste chirurgical :

Opérateur : Dr……………………………………………………….. *(RPPS : ……………………………..)*

Date prévisionnelle de l’intervention : jour x / semaine y

Durée d’hospitalisation estimée : x jours

**Complications opératoires les plus fréquentes**:

 -

 -

 -

 -

 ***🡪 Ces complications peuvent parfois nécessiter une ré-intervention à distance***

**SURVEILLANCE**

Rythme : tous les mois les x premières années, puis tous les mois pendant x années

Examens complémentaires : - bilan biologique : NFS, marqueurs

 - imagerie : TDM, IRM, autres

Signature du médecin : Signature du patient :

Dr

*Documents d’informations spécifiques joint à ce PPS :*

 Fiche d’information du geste opératoire, rédigée par la ………………………(société savante, iNCa,…..)

 Livret d’information spécifique, rédigé par l’Inca