PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS

**Nom** : Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Code postal et lieu de résidence :

Numéro d’identification :

Madame, Monsieur,

Vous êtes traité(e) actuellement à la Clinique Capio Aguiléra. Ce document a pour but de vous informer sur les ressources mises à votre disposition afin de faciliter la poursuite des soins qui vous sera prodiguée en lien avec votre médecin traitant.

N’hésitez pas à solliciter les différents professionnels participant à ce projet de soins, si vous en ressentez le besoin.

Diagnostic :

Date de la RCP : Date de la consultation médicale d’annonce :

Programme Personnalisé de Soins  remis le: par le Dr:

Date de l’entretien avec l’infirmière d’annonce ou de coordination : ❒ acceptation ❒ refus du patient

Consultation sociale proposée : ❒ oui ❒ non

**Médecin traitant**:

**Médecin référent** Clinique Aguiléra :

**Personne de confiance** (Nom Prénom et n° de téléphone) :

**Directives anticipées** : ❒ oui ❒ non si oui, où se trouvent-elles ?

**Aidants**: oui ❒ non ❒ Nom(s) :

**Référents familiaux/amicaux** : oui ❒ non ❒ Nom(s) :

Consentement du patient aux soins oui ❒ non ❒ le :

Consentement du patient à l’échange d’informations contenues dans le PPS : oui ❒ non ❒ le :

Prescriptions anticipées pour des symptômes physiques  (dyspnée aiguë, douleur, hémorragie, angoisse, autre): oui ❒ non ❒

Décision de limitation de certaines thérapeutiques : oui ❒ non ❒ Si oui, lesquelles :

Ce projet est une proposition thérapeutique qui a été validée en réunion pluridisciplinaire le : ………..

Il pourra être interrompu, modifié, adapté en fonction de votre tolérance et de vos besoins.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPOSITION DE TRAITEMENTS SPECIALISES** | | | | |
|  | Nom du médecin spécialiste | Type / Protocole | Nombre de séances ou de cures prévues | Lieu |
| CHIMIOTHERAPIE |  |  |  |  |
| RADIOTHERAPIE |  |  |  |  |
| CHIRURGIE |  |  |  |  |
| INVESTIGATIONS |  |  |  |  |
| AUTRES |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPOSITION DE SOINS DE SUPPORT** | | | | |
|  | **Détection besoins** | **Nom du professionnel** | **Symptômes et Libellé des actions** | **Date** |
| Nutrition  Diététique | OUI ❒ NON ❒ |  | Poids actuel : |  |
| Prise en charge de la douleur | OUI ❒ NON ❒ |  |  |  |
| Prise en charge psychologique | OUI ❒ NON ❒ |  |  |  |
| Accompagnement social | OUI ❒ NON ❒ |  |  |  |
| Massage-kinésithérapie | OUI ❒ NON ❒ |  |  |  |
| Ergothérapie | OUI ❒ NON ❒ |  |  |  |
| Consultation spécialisée  Si oui laquelle : | OUI ❒ NON ❒ |  |  |  |
| Soins de confort  Si oui lesquels :  (soins de bouche,….) | OUI ❒ NON ❒ |  |  |  |
| Equipe mobile de soins palliatifs : | OUI ❒ NON ❒ |  |  |  |

CONTACTS :

**Secrétariats des professionnels de l’établissement :**

Service social 🕾

IDE douleur 🕾

Psychologue 🕾

Diététicienne 🕾

Gériatrie 🕾

**Espace Ligue :**

Comité Départemental des Pyrénées Atlantiques de la Ligue Contre le Cancer

66 allées Marines 64100 Bayonne

**Les associations :**

Vous pouvez également découvrir sur le site internet UNICANCER (Centres de lutte contre le cancer), dans l’onglet Patients :

* Des informations sur le cancer.
* La liste des associations.

La Ligue Contre le Cancer

Comité Départemental des Pyrénées Atlantiques

Espace Rive Gauche 66 allées Marines 64100 Bayonne

Tel : 05 59 59 17 39

Association Life is rose

2 avenue Serrano 64200 Biarritz

[www.lifeisrose.fr](http://www.lifeisrose.fr)

contact@lifeisrose.fr

Association Mieux vivre son cancer

[asso.cancer@gmail.com\*](mailto:asso.cancer@gmail.com*)