Logo établissement de Santé

PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS
PPS - Modèle 1

Nom : **Médecin référent :**

Prénom :

Date de naissance :

Date consultation annonce : **Date RCP :**

Date de remise du PPS :

Consultation sociale proposée : ❒ **oui**❒ **non**

TYPE DE TRAITEMENT	MODALITES DE TRAITEMENT	DATE/DUREE
CHIRURGIE	Intervention type : Chirurgien :	Prévue le :
CHIMIOTHERAPIE	Chimiothérapie type : Service :	1 séance de ……. jours tous les…… jours. Nombre de cures envisagées : 1ère cure prévue le :
RADIOTHERAPIE	Radiothérapie externe au centre de :	Durée de la radiothérapie : Chimiothérapie pendant la radiothérapie : ❒ OUI ❒ NON
HORMONOTHERAPIE	Traitement par : Forme :	Durée de l'hormonothérapie :

Ce programme peut être modifié si votre état de santé le nécessite.

Effets indésirables possibles :