

LOGO ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



## Programme 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 :

- Médecin référent : Dr
- Chirurgien : Dr
- Oncologue : Dr
- Etablissement : XXX
- Service des Urgences :

### Contacts directs :

- 05.....
- 05.....
- 05.....
- 05.....
- 05.....

Personne de confiance désignée :

Réf. Doc 3C Bayonne	Date	Indice
<b>ANN-ENR03</b>	27/11/2018	<b>1</b>

## DIAGNOSTIC – PATHOLOGIE :

## 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.....

M.

Documents d'informations spécifiques joint à ce PPS :

- Fiche d'information du geste opératoire, rédigée par la FCVD
- Livret d'information spécifique, rédigé par l'Inca