

Etablissement:

Nom :

Finess :

Adresse :

 :

Nom du 3C de rattachement :

PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS

Proposition de contenu minimum indispensable

Version de février 2011

Nom du (de la) patient(e):.....
Prénom:.....
Nom de jeune fille:.....
Date de naissance:.....
Lieu de naissance:.....
Sexe:.....
N°d'identification:.....
Code postal de résidence:.....

Coordonnées de la personne de confiance:

.....

Présente lors de la remise du programme de soins:.....

Oui ☐ Non ☐

Date de la consultation d'annonce:.....

Programme de soins remis par le Docteur:.....

Le:.....

*Avec votre accord, ce programme de soins sera transmis à votre médecin
traitant, ainsi que votre compte-rendu d'anatomopathologie*

VOLET SOINS

Calendrier prévisionnel de soins

Mr/Mme :

Année :

		Mois 1				Mois 2				Mois 3				Mois 4				Mois 5				Mois 6				Mois 7				Mois 8				Mois 9			
		Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
CHIRURGIE																																					
Hospitalisation																																					
Nom du chirurgien :																																					
Lieu :																																					
Type de chirurgie :																																					
Date de la chirurgie :																																					
RADIOThERAPIE																																					
Traitement																																					
Nom du médecin spécialiste :																																					
Lieu :																																					
Durée de la radiothérapie :																																					
Nombre de séances prévues :																																					
CHIMIOThERAPIE																																					
Traitement																																					
Nom du médecin spécialiste :																																					
Lieu :																																					
Nom du protocole :																																					
Nombre de cures prévues :																																					
Intervalle entre les cures :																																					
HORMONOTHÉRAPIE																																					
Traitement																																					
Nom du médecin spécialiste :																																					
Lieu :																																					
Nom du traitement :																																					
Forme : Orale Intra Musculaire																																					
SOINS DE SUPPORT (Préciser le nom du responsable)																																					
Traitement																																					
Prise en charge de la douleur																																					
Kinésithérapie																																					
Nutrition																																					
Soutien psychologique																																					
Autres																																					
SURVEILLANCE																																					
Examens :																																					
Fréquence :																																					

VOLET SOINS (suite)

Transmission des informations au médecin traitant

Type de documents	Date de transmission
Proposition de la RCP	
Programme Personnalisé de Soins	
Compte-rendu opératoire	
Compte-rendu d'anatomopathologie	
Compte-rendu d'examens complémentaires (biologie, scanner, IRM...)	
Lettre de sortie d'hospitalisation	
Autres, préciser:	

VOLET SOCIAL

Coordonnées de la personne ayant réalisé le bilan social:

.....



.....

Coordonnées de l'assistante sociale:

.....



.....

Bilan social du dispositif d'annonce

Date :

Transmission à l'assistante sociale, et si oui préciser la date :

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :

.....
.....
.....

Consultation sociale de mi-parcours

Date :

Transmission à l'assistante sociale, et si oui préciser la date :

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :

.....
.....
.....

Autres consultations sociales

Date :

Transmission à l'assistante sociale, et si oui préciser la date :

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :

.....
.....
.....

Médecins spécialistes référents:

-	
-	
-	

Infirmière d'information et de coordination:

-	
---------	---

Médecin traitant:

-	
---------	---

Pharmacien de ville:

-	
---------	---

Contacts associatifs:

-	
-	

Réseau de santé:

-	
---------	---

Autres intervenants de ville

Infirmière:

-	
---------	---

Masseur-kinésithérapeute:

-	
---------	---

Autres:

-	
---------	---

Hôpital de proximité:

-	
---------	---

HAD:

-	
---------	---

Contacts sociaux

CAF:

-	
---------	---

CPAM:

-	
---------	---

Assistante sociale de secteur:

-	
---------	---

CCAS:

-	
---------	---

Maison départementale du handicap:

-	
---------	---

Numéro Santé Info Droit:

-	
---------	---