

CALENDRIER PREVISIONNEL DE SOINS DE Mr/Mme :

Année : \_ \_ \_ \_

		Mois															
		Semaine															
<b>CHIRURGIE</b>																	
<i>Hospitalisation</i>																	
<i>Nom Chirurgien :</i>																	
<i>Lieu :</i>																	
<i>Type de chirurgie :</i>																	
<i>Date chirurgie :</i>																	
<b>RADIOTHERAPIE</b>																	
<i>Traitement</i>																	
<i>Nom radiothérapeute :</i>																	
<i>Lieu :</i>																	
<i>Durée radiothérapie :</i>																	
<i>Fréquence :</i>																	
<b>CHIMIOOTHERAPIE</b>																	
<i>Traitement</i>																	
<i>Nom oncologue :</i>																	
<i>Lieu :</i>																	
<i>Nom protocole :</i>																	
<i>Nombre de cures prévues :</i>																	
<i>Intervalle entre les cures :</i>																	
<b>HORMONOTHERAPIE</b>																	
<i>Traitement</i>																	
<i>Nom oncologue :</i>																	
<i>Lieu :</i>																	
<i>Nom traitement:</i>																	
<i>Forme : Orale    Intra Musculaire</i>																	
<b>AUTRES</b>																	
<i>Traitement</i>																	
<b>SURVEILLANCE</b>																	
<i>Examens :</i>																	
<i>Fréquence :</i>																	

**Contacts dans l'établissement**

Logo +  
adresse établissement

Téléphone

**Coordonnées du service**

Secrétariat oncologie :  
Secrétariat radiothérapie :  
Infirmière Information et  
Coordination :

**Centre de Coordination  
en Cancérologie (3C)**

Secrétariat :

**Autres contacts**

Assistante sociale :  
Psychologue :  
Nutritionniste :  
Tabacologue :

**Associations de patients**

**PROGRAMME PERSONNALISÉ  
DE SOINS**

Etiquette patient

Remis par le Dr .....

Le ...../...../.....

*Ce calendrier de soins vous est personnel. Il vous donne des indications  
sur vos prochains rendez-vous. Il peut être modifié si besoin*