

Mme TEST 3C

Nom de naissance : TEST TEST

Date et lieu de naissance : 01/01/1920 à EVRY

N° de dossier : 1

Code postal de résidence : 91410

Personne de confiance :

- **Nom et Coordonnées téléphoniques :** PAUL Henry,
- **Lien avec le patient :** Parent
- **Présente lors de la remise du PPS :** Oui/Non

Consultation d'annonce du diagnostic réalisée Oui/Non

Si oui, date : 04/08/2017

Information :

Ce programme est destiné à vous donner des indications sur votre traitement. Ce parcours de soins n'est pas définitif et irrévocable. C'est une approche qui vous donne des indications sur la nature du traitement qui va être engagé et vos prochains rendez-vous. Les dates ou périodes sont données à titre indicatif **pour que vous puissiez avoir une vision globale de votre prise en charge** ; Elles ne sont en aucun cas contractuelles. Ce programme pourra être modifié, adapté ou interrompu selon les résultats de vos bilans et de la tolérance aux traitements.

PPS remis le 02/01/2024

Par Dr A DUPONT

Spécialité : Oncologue.

Etablissement : CH

Pour toutes questions, contacter l'équipe soignante au 01 12 40 56 89

Date et Signature du patient

Impression en trois exemplaires :

Le PPS est un document qui doit être édité à minima en 3 exemplaires :

1 exemplaire à destination du patient

1 exemplaire à destination du médecin traitant

1 exemplaire pour classement dans le dossier papier du patient

Localisation : (C50.4) Quadrant supéro-externe du sein
RCP du : 01/01/2024

Votre **calendrier thérapeutique prévisionnel de soins et répertoire de santé** (coordonnées utiles) se trouvent dans le **classeur de suivi** qui vous a été remis lors de votre consultation d'annonce. **Dans le cas contraire, n'hésitez pas à le demander à l'équipe soignante.**

TRAITEMENT 1

Type de soin (Menu déroulant des actes) : Chirurgie

Lieu de traitement : Clinique

Médecin responsable : Dr B. DURAND

Date de l'intervention : 02/01/2024

Type de chirurgie : mastectomie totale droite + exérèse du ganglion sentinelle axillaire droit + ou curage axillaire, reconstruction immédiate par lambeau de grand dorsal + prothèse

Anesthésie : Locale / Régionale / Générale

Pose d'une chambre implantable : Oui / Non

Effets secondaires de l'intervention : Douleurs, Fièvre...- Remise d'un document propre

Examens et surveillance après intervention : consultations ts les 4 mois puis annuelle

Précision : Mammographie à 6 mois puis annuelle toute la vie

TRAITEMENT 2

Type de soin (Menu déroulant des actes) : Chimiothérapie

Lieu de traitement : CH

Médecin responsable : Dr A. DUPONT

Nom du protocole : Herceptin Taxol hebdomadaire

Date de début prévisible : 01/02/2024

Nombre de cures prévues : 3 4 6 8 12 cures Autre : selon tolérance

Intervalle entre les cures : 7 14 21 28 jours

Effets secondaires du traitement : Asthénie, Fourmillements – Remise d'un document propre

Examens et surveillance pendant le traitement : Biologie, consultation à chaque cycle

Précision : Poursuite de l'Herceptin tous les 21 jours après l'arrêt du Taxol

TRAITEMENT 3

Type de soin (Menu déroulant des actes) : Soin(s) de Support

Soin(s) de support proposé(s) :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Prise en charge Douleur | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Soutien Psychologique |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement social | <input type="checkbox"/> Activité Physique Adaptée | <input type="checkbox"/> Soins socio-esthétiques | <input type="checkbox"/> Autre |

Prise de contact avec un réseau de santé : Oui / Non

Précision :

PPS remis au patient Oui / Non

PPS transmis au médecin traitant Oui / Non

