

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Pour remplir les champs libres : « double clic » puis remplir « Texte par défaut ».

Pour cocher une case : « double clic » puis « case activée ».

Il sera nécessaire de faire signer l'autorisation de diffusion de données personnelles par toutes les personnes nommées dans la fiche et de la faire contresigner par la direction d'établissement ou le responsable légal de la structure.

1- ZONE DE PROXIMITÉ : OU Régional

2-STRUCTURE : Généralités.

Type de structure :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Etablissement de santé | <input type="checkbox"/> Réseau de proximité / Plateforme Santé | <input type="checkbox"/> Association |
| <input type="checkbox"/> ERC / AIRE Cancers | <input type="checkbox"/> HAD | <input type="checkbox"/> SSIAD |
| <input type="checkbox"/> CLIC | <input type="checkbox"/> Autre | |

Nom de la structure (+/- service concerné) :

Responsable Légal : Prénom

Nom

Fonction

Adresse de la structure : n°

voie :

CP :

ville :

Tél :

Mail :

Site internet :

Descriptif / Présentation Générale (facultatif) :

3-RESSOURCES : A à F.
Parmi les Ressources A à F ne pas hésiter à effacer les parties qui ne concernent pas la structure, pour plus de lisibilité.

A - SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT : oui non
Partie à multiplier selon le nombre de soins oncologiques de support de la structure (copié-collé)

Description de l'Activité :

Intitulé :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Social |
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Activité physique adaptée 'APA' | <input type="checkbox"/> Socio-esthétique |
| <input type="checkbox"/> Stomathérapie | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs et Fin de vie | <input type="checkbox"/> Rééducation |
| <input type="checkbox"/> Addictions/Sevrage | <input type="checkbox"/> Socio professionnel (emploi, prêts) | <input type="checkbox"/> Soins dentaires |
| <input type="checkbox"/> Education thérapeutique | <input type="checkbox"/> Santé Sexuelle | <input type="checkbox"/> Autre = |

Prothèses (hors prestataire) : Capillaires Mammaires Autres =

Type :

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bilan / évaluation des besoins | <input type="checkbox"/> Prise en charge | <input type="checkbox"/> Soutien |
| <input type="checkbox"/> Conseil | <input type="checkbox"/> Atelier pratique | <input type="checkbox"/> Autre : |

Suivi : oui non Autre :
Conditions : individuel groupe Autre :
Périodicité : Durée : Fréquence : **ou** Horaires précis :

Lieu(x) : Dans la structure oui non
 A domicile oui non
 Autre :

Autres précisions :

Acteur(s) : multiplier cette partie si l'identité de plusieurs acteurs est utile.

Identité : Prénom : Nom :
Coordonnées : Tél : Mail : Adresse (facultatif) :

Fonction précise ou qualification :

Autres précisions :

Population cible :

Patients : Adultes Enfants
Proches : entourage, aidants naturels : oui non
Autres Précisions (âge, pathologie précise, etc) :

Accessibilité :

Modalités :

Uniquement si adhérent ou patient de la structure. Sur prescription médicale
 Sur inscription Sur RDV En accès libre lors des permanences.
 Autre :

Tarif :

Payant :
 Non payant car pris en charge : par la sécurité sociale par des financeurs autre :
 Gratuit
 Autre :

B - DISPOSITIF D'INFORMATION ET D'ORIENTATION oui non

Description de l'Activité :

Type : Information orale Documentation écrite Borne d'accès informatique
 Orientation vers des soins de support : oui > remplir la partie A non
 Orientation vers des activités autres : oui > remplir la partie D non
 Autre :

Conditions : individuel groupe Autre :
Périodicité : Durée : Fréquence : **ou** Horaires précis :

Lieu(x) : Dans la structure oui non
 A domicile oui non
 Autre :

Autres précisions :

Acteur(s) : multiplier cette partie si l'identité de plusieurs acteurs est utile.

Identité : Prénom : Nom :
Coordonnées : Tél : Mail : Adresse (facultatif) :

Fonction précise ou qualification :

Autres précisions :

Population cible :

Patients : Adultes Enfants
Proches : entourage, aidants naturels : oui non
Autres Précisions (âge, pathologie précise, etc) :

Accessibilité :

Modalités :

Uniquement si adhérent ou patient de la structure Sur prescription médicale
 Sur inscription Sur RDV En accès libre lors des permanences.
 Autre :

Tarif :

Payant :
 Non payant car pris en charge : par la sécurité sociale par des financeurs autre :
 Gratuit
 Autre :

C - ACCOMPAGNEMENT ASSOCIATIF : oui non

Description de l'Activité :

Type : Soutien moral Soutien financier
 Activités autres : oui > remplir la partie D non
 Autre :

Conditions : individuel groupe Autre :

Périodicité : Durée : Fréquence : **ou** Horaires précis :

Lieu(x) : Dans la structure oui non
 A domicile oui non
 Autre :

Autres précisions :

Acteurs : Bénévoles d'accompagnement oui non Autre :

Identité du ou des acteurs référents : multiplier cette partie si l'identité de plusieurs acteurs est utile.

Responsable légal de la structure > déjà rempli partie 2 : « structure : généralités »

Autre : Prénom Nom

Coordonnées : Tél Mail Adresse (facultatif)

Fonction précise ou qualification :

Autres précisions :

Population cible :

Patients : Adultes Enfants

Proches : entourage, aidants naturels : oui non

Autres Précisions (âge, pathologie précise, etc) :

Accessibilité :

Modalités :

Uniquement si adhérent ou patient de la structure Sur prescription médicale

Sur inscription Sur RDV En accès libre lors des permanences.

Autre :

Tarif :

Payant :

Non payant car pris en charge : par la sécurité sociale par des financeurs autre :

Gratuit

Autre :

D - ACTIVITES VISANT A AMELIORER LA QUALITE DE VIE :

oui non

**Partie à multiplier selon le nombre d'activités de la structure
 (copié-collé)**

Description de l'Activité :

Intitulé :

Groupe de parole

Groupe de convivialité

Atelier culinaire

Atelier artistique

Atelier de Sophrologie

Atelier d'esthétique et de soin du corps

Atelier d'exercice physique (hors 'APA')

Autre :

Type :

Echanges

Conseils

Atelier pratique

Autre :

Conditions : individuel

groupe

Autre :

Périodicité : Durée :

Fréquence :

ou Horaires précis :

Lieu(x) : Dans la structure

oui

non

A domicile oui non
 Autre :

Autres précisions :

Acteur(s) : multiplier cette partie si l'identité de plusieurs acteurs est utile.

Identité : Prénom : Nom :
Coordonnées : Tél : Mail : Adresse (facultatif) :

Fonction précise ou qualification :

Autres précisions :

Population cible :

Patients : Adultes Enfants
Proches : entourage, aidants naturels : oui non
Autres Précisions (âge, pathologie précise, etc) :

Accessibilité :

Modalités :

Uniquement si adhérent ou patient de la structure. Sur prescription médicale
 Sur inscription Sur RDV En accès libre lors des permanences.
 Autre :

Tarif :

Payant :
 Non payant car pris en charge : par la sécurité sociale par des financeurs autre :
 Gratuit
 Autre :

E - DISPOSITIF DE COORDINATION : oui non

Description de l'Activité :

Thématique : Cancer Soins de support Douleur Soins palliatifs Gériatrie
 Autre :
 Sans thématique particulière

Fonctionnement : En collaboration avec le médecin traitant et les soignants habituels : oui non
 Coordination intra – hospitalière Lien ville – hôpital Autre :

Type : Bilan / évaluation des besoins Soutien Conseils, informations et orientations
 Orientation vers des soins de support : oui > remplir la partie A non
 Orientation vers des activités autres : oui > remplir la partie D non
 Aide au retour à domicile Aide au maintien à domicile
 Autre :

Suivi : oui non Autre :
Conditions : individuel groupe Autre :
Périodicité : Durée : Fréquence : **ou** Horaires précis :

Lieu(x) : Dans la structure oui non
 A domicile oui non
 Autre :

Acteurs :

Equipe d'appui pluridisciplinaire : oui non
 Coordinateur de parcours santé : oui non
 Infirmières coordinatrices : oui non
 Bénévoles d'accompagnement : oui non
 Autre :

Multiplier la partie suivante si l'identité de plusieurs acteurs est utile :

Identité : Prénom Nom
Coordonnées : Tél Mail Adresse (facultatif)
Fonction précise ou qualification :
Autres précisions :

Population cible :

Patients : Adultes Enfants
Proches : entourage, aidants naturels : oui non
Autres Précisions (âge, pathologie précise, etc) :

Accessibilité :

Modalités :

Uniquement si adhérent ou patient de la structure. Sur prescription médicale
 Sur inscription Sur RDV En accès libre lors des permanences.
 Autre :

Tarif :

Payant :
 Non payant car pris en charge : par la sécurité sociale par des financeurs autre :
 Gratuit
 Autre :

F - AUTRE RESSOURCE D'ACCOMPAGNEMENT NON LISTEE oui non

Détailler ci-dessous

AUTORISATION DE DIFFUSION DE DONNÉES PERSONNELLES

Doit être signée par toutes les personnes nommées dans la fiche et contre signée des directions.

Je soussigné(e) _____ accepte la diffusion de mon identité et de mes coordonnées * professionnelles et / ou personnelles dans *l'Annuaire régional des ressources en cancérologie dans le Nord Pas de Calais* où *j'apparais et/ ou mon association apparaît. (* rayer si mention inutile).

Je suis informé que ce guide sera largement diffusé : il sera distribué dans sa version imprimée dans toute la région Nord Pas de Calais et sera de plus téléchargeable sur Internet.

J'atteste par ailleurs avoir vérifié la véracité des informations délivrées dans ce guide concernant mes coordonnées et mon activité.

Conformément à la Loi 'Informatique et libertés' du 6 Janvier 1978 modifiée en 2004, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, droit que je pourrai exercer en m'adressant au Réseau Régional de Cancérologie.

(info@onco-npdc.fr / Tél 03.20.13.72.10 / Fax 03.20.86.11.27).

Le _____, à _____

Nom, Prénom et Signature des personnes ressources nommées dans la fiche et qui apparaîtront donc dans l'annuaire :

Contre - Signature et Cachet de la direction d'établissement ou du responsable légal de la structure porteuse :