

# APAC

## Action Prévention Après Cancer

Vous avez terminé votre traitement pour un cancer depuis moins d'un an et vous ressentez le besoin de :

Activité Physique Adaptée (APA)

Ecoute      Conseils diététiques

Soutien psychologique      Conseils

Vous pouvez bénéficier d'un accompagnement financé par l'ARS à hauteur de 180€.

Pour en savoir plus :



Toutes les informations au  
02 98 90 20 96  
[www.appuisantecornouaille.fr](http://www.appuisantecornouaille.fr)

# Mon parcours APAC

Je suis majeur et réside dans le Finistère sud,  
j'ai terminé mes traitements depuis moins d'un an...

1

J'échange avec mon médecin sur les  
soins de supports dont j'ai besoin :

- bilan en activité physique adaptée
- conseils en diététique
- soutien psychologique.

Mon médecin complète le formulaire :



2

La prescription est adressée à Appui  
Santé en Cornouaille, une coordinatrice  
prendra contact avec moi.

3

Je réalise mon parcours APAC.

Ces soins contribuent à ma qualité de vie et à la  
réduction des risques de séquelles et de rechutes !

### Identification de la personne

Femme  Homme

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

### Situation médicale (données non partagées avec les enseignants APA)

Organe(s) atteints : ..... Métastases :  OUI  NON

Lieu du dernier traitement : ..... Date du dernier traitement : .....

Traitements reçus	Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie	Immunothérapie	Autre
Mois/année					

Pathologies associées	Points de vigilance
<input type="checkbox"/> Conduites addictives	<input type="checkbox"/> Isolement social
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Isolement géographique
<input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels (perte poids, dénutrition, obésité...)	<input type="checkbox"/> Difficultés de communication
<input type="checkbox"/> Troubles Psychiques	<input type="checkbox"/> Risque de non observance
<input type="checkbox"/> Symptômes Physiques (plaie, douleur, ..)	<input type="checkbox"/> Précarité économique
<input type="checkbox"/> Handicap	<b>Autre :</b>
<input type="checkbox"/> Troubles du comportement	
<input type="checkbox"/> Pathologies chroniques	

### Prescription (cochez le ou les soins de supports demandés) :

- Prise en charge diététique
- Soutien psychologique
- Activité Physique Adaptée (A.P.A.) \*

#### \*Autorisation médicale APA : ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

J'autorise la pratique de l'Activité Physique Adaptée par l'enseignant APA.

J'attire votre attention sur la pratique des activités physiques adaptée avec des limitations en termes de :

Contre-indication pour certaines activités/milieu/collectif :....

.....

Charge : .....

Vitesse : .....

Posture : .....

D'intensité de l'effort : .....

En durée : .....

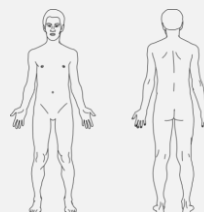


Figure 1 :  
 Indiquer sur ce  
 schéma  
 la localisation des  
 limitations par une  
 flèche

**La personne souhaite bénéficier des soins de support proposés par l'APAC et a consenti au partage des informations.**

Prescrit par Dr ..... Ville/Etablissement .....

(=> Médecin traitant du patient : ..... Ville .....

Fait à ..... , Le .....

### Signature et Cachet médical :