# **Fiche Inclusion médecin** SUIVI ARATA’I

NOM : *Coller*

Prénom : *Etiquette*

*Date de Naissance*

*A compléter par le médecin référent ou son équipe de coordination.*

A adressée par courriel à : [aratai@icpf.pf](mailto:aratai@icpf.pf).

Pour **toute urgence**, patient résidant loin aviser la Cellule au :

40 47 35 20 Dr Jean-François MOULIN et/ou 40 47 35 31 IDEC Elodie BENHAMZA

ARATA’I ne gère pas le suivi oncologique,

mais uniquement le traitement oral : observance, effets indésirables, accompagnement à la phase initiale du traitement.

**LE PATIENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sexe : |  | Courriel : |  |
| **Commune\*** : |  | **Tél\* :** |  |
| Points de Vigilance : | Isolement géo/social Compréhension  Précarité sociale  Isolement Numérique | | |
| Personne Ressource | | | |
| **Nom\*** : |  | **Prénom\* :** |  |
| Lien : |  | | |
| Courriel : |  | **Tél\*** : |  |
| Médecin traitant | | | |
| **Nom\* :** |  | **Prénom\* :** |  |
| Courriel : |  | Tél : |  |
| Infirmier libéral (si requis) | | | |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Courriel : |  | Tél : |  |
| Pharmacie référente | | | |
| **Nom\* :** |  | **Commune\* :** |  |
| Courriel : |  | Tél : |  |

**Consentement patient pour le suivi par la Cellule Arata’i**

\*informations essentielles pour prise en charge

**LA PRESCRIPTION**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Merci de transmettre une copie de toutes les ordonnances et documents d’informations remis au patient le jour de l’orientation.** | | | | | |
| Médecin référent : |  | Tél ( fixe + mobile) : |  | Courriel : |  |

**La gestion des évènements cliniques sera assurée par le médecin référent**

**Documents remis aux patients :**

Fiche Information du médicament correspondant ( à télécharger sur le [site de l’ICPF](https://www.icpf.pf/) )

Flyer d’information patient pour le Suivi Arata’i

Ordonnance du traitement donnée pour **…………..** cycles

Ordonnances complémentaires :

Ordonnance traitements de support

Ordonnance bilan biologique de suivi

Ordonnance bilan biologique d’évaluation

Ordonnance imagerie d’évaluation

**Date du prochain RDV avec médecin référent :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

*Une fois la fiche adressée, nous contacterons le patient afin de fixer le programme de surveillance jusqu’à la prochaine consultation d’évaluation avec l’oncologue référent.*

*Ce suivi est prévu pour les 3 ou 4 premiers mois, il sera ensuite renouvelé sur prescription de l’équipe référente si le patient n’a pas acquis suffisamment d’autonomie dans la gestion de son traitement.*

*Un Compte Rendu du suivi sera adressé au courriel du médecin référent ou à son secrétariat.*