

## Fiche de liaison médecin-infirmière

NOM DU MÉDECIN : ..... Étiquette du patient

## Informations médicales

Pathologie :

Diagnostic annoncé :

Pronostic abordé :  Oui  Non

Projet thérapeutique :

Durée du traitement annoncé :

Nombre de cures : .....

Voie d'abord :

VVP  PAC  KTC  
 En place  À prévoir  En place  À prévoir

## Effets secondaires annoncés

Alopécie  Aplasie  Stérilité (CECOS)  
 Mucite  Nausées/vomissement  Fatigue

Douleur :  Oui  Non

Mots clés ou sujets abordés avec le patient/état émotionnel : .....

Situation professionnelle : .....

## Couverture sociale

Prise en charge sécurité sociale 100 %  Oui  Non

## Examens complémentaires à prévoir

Myélogramme  TDM  IRM  
 ECHO  NFS  PL  
 BOM  PET SCAN  RADIO

Livret patient : donné  Oui  Non

Date prévue du début de traitement : .....

Numéro de téléphone à joindre pour organiser la consultation : .....