

NOM :

NOM de naissance :

PRÉNOM :

Date de naissance :

**Établissement de santé / Structure de
soins du patient :**

OU ETIQUETTE

PATIENT

PRESCRIPTEUR

APPOSER UN TAMPON LISIBLE

identifiant le prescripteur et la
structure de soin

Je soussigné(e) , Dr _____, prescrit une prise en charge diététique dans le cadre du dispositif régional NUTRIPAC pour le patient identifié ci-dessus.

- Le dispositif NUTRIPAC permet de bénéficier de 3h de consultation diététique individuelle pendant le traitement d'un cancer. Les consultations sont effectuées par des professionnels libéraux formés et conventionnés avec Onconormandie, au plus proche de votre domicile.

- Retrouvez l'annuaire des diététiciens du dispositif sur le site www.onconormandie.fr

Date :

Signature du prescripteur :