



**IMPULSION**

**DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES**

**D'UN CANCER EN SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT**

**BULLETIN D'ADHESION**

Votre professionnel de santé, vous propose d'adhérer au dispositif d'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer en soins oncologiques de support intitulé « IMPULSION ».

Afin de bénéficier d'un suivi personnalisé et d'une prise en charge financière durant votre parcours de soins, merci de bien vouloir compléter le bulletin en majuscules et au stylo à bille, et le signer. Votre professionnel de santé et vous-même en tant qu'adhérent devez conserver votre exemplaire original du bulletin d'adhésion.

☐ OUI, je souhaite adhérer au dispositif d'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer en soins oncologiques de support intitulé « IMPULSION » proposé par le professionnel ci-dessous désigné

☐ NON, je ne souhaite pas adhérer au dispositif d'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer en soins oncologiques de support intitulé « IMPULSION »

Identification de l'adhérent :

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse :  
.....  
.....

Téléphone : .....

Email : .....

Identification du professionnel de santé désigné en charge de l'accompagnement de l'adhérent :

Nom et Prénom : .....

Adresse :

.....  
.....

Téléphone : .....

Email : .....

L'adhérent donne son accord pour que le professionnel de santé porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou du prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui : ☐ OUI ☐ NON

Nom du médecin traitant :

.....

Nom du médecin prescripteur si différent :

.....

L'adhérent est informé que pour participer au dispositif IMPULSION, il doit être à jour de son adhésion à l'association ACTIONS CROISEES le cancer...pendant et après, tout au long de son parcours.

L'adhérent donne son accord pour que les factures produites par chaque intervenant, intègrent le nom et prénom de l'adhérent afin de faciliter le suivi personnalisé du parcours.

L'adhérent déclare être informé des conditions de fonctionnement du dispositif IMPULSION.

L'adhérent peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement IMPULSION.

Fait le

,

Signature de l'adhérent

Nom du professionnel de santé et  
Signature