



Mon équipe de soins



Mon oncologue

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Remarques : _____

Mon médecin de famille

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Remarques : _____

Mon infirmière primaire

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Remarques : _____

Autre(s) professionnel(s) de la santé

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Remarques : _____

Mon centre de cancérologie ou hôpital

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de fax : _____

Remarques : _____

Autre(s) professionnel(s) de la santé

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Remarques : _____

