

Projet Personnalisé d'Éducation (PPE)

NOM - Prénom Patient Date de naissance

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant	↓
Connaître sa maladie	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Mieux comprendre l'obésité ».....	<input type="checkbox"/>
Mieux vivre sa maladie	Collective	<input type="checkbox"/> Cycle « Écoute et soutien » (6 groupes de parole)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Image de soi ».....	<input type="checkbox"/>
Mieux vivre son alimentation	Collective	<input type="checkbox"/> Cycle « Alimentation et émotions » (5 groupes de travail)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Rencontre animée par une association de patients.....	<input type="checkbox"/>
Individuelle		<input type="checkbox"/> Évaluation psychologique.....	<input type="checkbox"/>
	Collective	<input type="checkbox"/> Cycle « Équilibre alimentaire » (4 ateliers de groupe).....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Cycle « Équilibre alimentaire chirurgie » (3 ateliers de groupe).	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Cycle « Connexion à ses sensations alimentaires (6 ateliers)....	<input type="checkbox"/>
Adapter son activité physique	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Manger en pleine conscience, déguster ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 1 à 4 séances nutritionnelles (<i>sous conditions particulières</i>).....	<input type="checkbox"/>
Chirurgie de l'obésité	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Modalités d'intervention chirurgicale ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier « Chirurgie bariatrique : et après, quelle alimentation ? »	<input type="checkbox"/>
Séance optionnelle hors-programme <i>(1 seul choix possible)</i>	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Mieux comprendre le diabète »	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Hyperglycémie et complications ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Auto surveillance et hypoglycémie ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Soins des pieds ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Repérer les glucides ».....	<input type="checkbox"/>
	Individuelle	<input type="checkbox"/> Bilan podologique de grade 0 et I.....	<input type="checkbox"/>

- Je soussigné(e) Dr
- valide la proposition du projet thérapeutique
 - modifie la proposition et préconise le nouveau projet thérapeutique intégrant les séances éducatives que j'ai cochées sur la droite du tableau

Fait le :	Fait le :	PPE réalisé le :	M/Mme accepte ce PPE
Cachet et signature du médecin traitant	Cachet et signature du médecin spécialiste (si prescripteur du programme)	Cachet et signature du référent éducatif	Date et signature :