

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"/>
		<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"/>
Mieux vivre son alimentation	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"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Manger en pleine conscience, déguster ».....	<input type="checkbox"/>
	Individuelle	<input type="checkbox"/> 1 à 4 séances nutritionnelles (sous conditions particulières).....	<input type="checkbox"/>
Adapter son activité physique	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Bénéfices de l'activité physique ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 18 séances d'activité physique ou 12 séances de sophrologie .....	<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 seul choix possible)	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 1 .....	<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  Date et signature :
<b>Cachet et signature du médecin traitant</b>	<b>Cachet et signature du médecin spécialiste</b> (si prescripteur du programme)	<b>Cachet et signature du référent éducatif</b>	