

Tampon du médecin traitant  
ou spécialiste

## PRESCRIPTION D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

NOM – Prénom du patient : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone patient : .....

**Programme Obésité**

*Patients de plus de 18 ans présentant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup> et/ou un tour de taille chez l'homme supérieur à 102 cm et à 88 cm chez la femme.*

**Programme Diabète (type 2, type 1, gestationnel...)**

*Patients de plus de 18 ans diabétiques de type 2 (glycémie à jeun > 1,26g/l à 2 reprises) notamment, mais aussi les diabétiques de type 1 et patientes atteintes de diabète gestationnel.*

**Programme Insuffisance cardiaque**

*Patients de plus de 18 ans en ALD pour insuffisance cardiaque.*

**Maladies cardiovasculaires**

*Patients de plus de 18 ans présentant au moins une des pathologies suivantes : hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral (AVC), maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, artériopathie des membres inférieurs.*

Nombre de programmes cochés : .....

**Données médicales :**

IMC : ..... kg/m<sup>2</sup>

Périmètre abdominal : ..... cm

HbA1c : .....%

Créatininémie : ..... μmol/l

BNP : ..... pg/ml

Stade NYHA : .....

Tension artérielle : ..... mmHg

**Antécédents médicaux :**

**Commentaires :**

Date et signature : .....