

NOM - Prénom Patient Date de naissance

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant	↓
Connaître sa maladie	Collective	☐ Atelier de groupe « Mieux comprendre le diabète ».....	☐
Gérer les signes d'alerte ou les situations à risque	Collective	☐ Atelier de groupe « Hyperglycémie et complications ».....	☐
	Individuelle	☐ Atelier de groupe « Auto surveillance et hypoglycémie ».....	☐
Mieux vivre sa maladie	Collective	☐ 1 à 3 séances (para)médicales.....	☐
	Individuelle	☐ Cycle « Écoute et soutien » (6 groupes de parole)	☐
Mieux vivre son alimentation	Collective	☐ Cycle « Alimentation et émotions » (5 groupes de travail)	☐
	Individuelle	☐ Rencontre animée par une association de patients.....	☐
Adapter son activité physique	Collective	☐ Évaluation psychologique.....	☐
	Individuelle	☐ Cycle « Équilibre alimentaire » (4 ateliers de groupe).....	☐
Prendre soin de ses pieds	Collective	☐ I à 4 séances nutritionnelles (sous conditions particulières).....	☐
	Individuelle	☐ Atelier de groupe « Bénéfices de l'activité physique ».....	☐
Séance optionnelle (I seul choix possible)	Collective	☐ 18 séances d'activité physique ou ☐ 12 séances de sophrologie	☐
	Individuelle	☐ Atelier de groupe « Soins des pieds ».....	☐
Séance optionnelle (I seul choix possible)	Collective	☐ Bilan podologique de grade 0 et I	☐
	Collective	☐ Atelier de groupe « Mieux comprendre l'obésité »	☐
	Collective	☐ Atelier de groupe « Manger en pleine conscience, déguster ».....	☐
Collective	☐ Atelier de groupe « Modalités d'intervention chirurgicale ».....	☐	

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 :
Cachet et signature du médecin traitant	Cachet et signature du médecin spécialiste (si prescripteur du programme)	Cachet et signature du référent éducatif	