

NOM - Prénom Patient

Numéro Adhérent

Date de naissance

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant	↓
Connaître sa maladie	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Diabète gestationnel ».....	<input type="checkbox"/>
Gérer les signes d'alerte et les situations à risque	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Traitement et surveillance glycémique ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Repérer les glucides ».....	<input type="checkbox"/>
	Individuelle	<input type="checkbox"/> 1 à 3 séances (para)médicales.....	<input type="checkbox"/>
Mieux vivre son alimentation	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Équilibre alimentaire »	<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"/> 18 séances d'activité physique ou 12 séances de sophrologie	<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 :
<i>Cachet et signature du médecin traitant</i>	<i>Cachet et signature du médecin spécialiste (si prescripteur du programme)</i>	<i>Cachet et signature du référent éducatif</i>	