

NOM - Prénom Patient

Numéro Adhérent Date de naissance

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant ↓
Gérer les signes d'alerte ou les situations à risque	Individuelle <input type="checkbox"/> 1 à 3 séance (para)médicales.....	<input type="checkbox"/>
Mieux vivre sa maladie	Individuelle <input type="checkbox"/> Évaluation psychologique.....	<input type="checkbox"/>
Mieux vivre son alimentation	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"/> 18 séances d'activité physique ou <input type="checkbox"/> 12 séances de sophrologie....	<input type="checkbox"/> <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>	