NOM - Prénom Patient .....

Numéro Adhérent .....

Date de naissance .....

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant ↓
Cycle MSA	☐ 6 ateliers de groupe ..... - « Connaître sa maladie » - « Facteurs de risque » - « Signes d'alerte » - « Traitement » - « Équilibre alimentaire » - « Bienfaits de l'activité physique »	☐
Séances optionnelles	☐ 18 séances d'activité physique (<i>certificat médical obligatoire</i>)	☐

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>	