

NOM - Prénom Patient .....

Numéro Adhérent .....

Date de naissance .....

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant
Cycle MSA	<input type="checkbox"/> 6 ateliers de groupe ..... - « Connaître sa maladie » - « Facteurs de risque » - « Signes d'alerte » - « Traitement » - « Équilibre alimentaire » - « Bienfaits de l'activité physique »	<input type="checkbox"/>
Séances optionnelles <i>1 seul choix possible</i>	<input type="checkbox"/> 18 séances collectives d'activité physique ..... <input type="checkbox"/> 12 séances collectives 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>	