

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		<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> - « Connaître sa maladie » - « Facteurs de risque » - « Signes d'alerte » - « Traitement » - « Équilibre alimentaire » - « Bienfaits de l'activité physique » 		
Séances optionnelles <i>! seul choix possible</i>	<input type="checkbox"/> 18 séances collectives d'activité physique		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 12 séances collectives 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 :
Cachet et signature du médecin traitant	Cachet et signature du médecin spécialiste (si prescripteur du programme)	Cachet et signature du référent éducatif	