

NOM - Prénom Patient

Numéro Adhérent Date de naissance

	Séance ETP	Modifications éventuelles par le médecin traitant	↓
Connaître sa maladie	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Obésité ».....	<input type="checkbox"/>
Mieux vivre sa maladie	Collective	<input type="checkbox"/> Module « Perte de contrôle alimentaire » (4 groupes de parole)....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Module « Valorisation de l'image de soi » (4 ateliers de groupe)....	<input type="checkbox"/>
Gérer son alimentation	Individuelle	<input type="checkbox"/> Évaluation psychologique.....	<input type="checkbox"/>
	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Équilibre alimentaire ».....	<input type="checkbox"/>
Adapter son activité physique		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Sucres / Graisses »	<input type="checkbox"/>
	Individuelle	<input type="checkbox"/> 1 à 4 séances nutritionnelles (sous conditions particulières).....	<input type="checkbox"/>
Chirurgie de l'obésité	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Bénéfices de l'activité physique ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 18 séances d'activité physique (certificat médical obligatoire)	<input type="checkbox"/>
Séance optionnelle hors-programme (1 seul choix possible)	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Connaitre sa maladie - Diabète »	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Échange d'expériences sur la gestion du diabète au quotidien.....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Hyperglycémie et complications ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Auto surveillance et hypoglycémie ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Soins des pieds ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Hypertension artérielle ».....	<input type="checkbox"/>
	Individuelle	<input type="checkbox"/> Séance podologique de grade 0 et I.....	<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>	