

NOM - Prénom Patient

Numéro Adhérent

Date de naissance

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant	↓
Connaître sa maladie	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Insuffisance cardiaque ».....	<input type="checkbox"/>
Gérer les signes d'alerte ou les situations à risque	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Traitements et médicaments ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Signes d'alerte cardiovasculaire ».....	<input type="checkbox"/>
	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	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Alimentation pauvre en sel ».....	<input type="checkbox"/>
	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"/>
		<input type="checkbox"/> 18 séances d'activité physique ou 12 séances de sophrologie	<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"/> 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 « Lecture des étiquettes ».....	<input type="checkbox"/>
	Individuelle	<input type="checkbox"/> Bilan podologique de grade 0 et 1.....	<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>	