

NOM - Prénom Patient

Numéro Adhérent Date de naissance

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant	↓
Connaître sa maladie	Collective	<input type="checkbox"/> Ateliers de groupe « Diabète ».....	<input type="checkbox"/>
Gérer les signes d'alerte ou les situations à risque	Collective	<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"/>
	Individuelle	<input type="checkbox"/> 1 à 3 séances (para)médicales.....	<input type="checkbox"/>
Mieux vivre sa maladie	Collective	<input type="checkbox"/> Groupe de parole Argentan « Cycle TCA »	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Groupe de parole Alençon « Émotions et alimentation »	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Groupe de parole Alençon/Vilaines-la-Juhel « Vivre avec sa maladie »	<input type="checkbox"/>
	Individuelle	<input type="checkbox"/> Évaluation psychologique.....	<input type="checkbox"/>
Mieux vivre son alimentation	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Équilibre alimentaire ».....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Sucres et graisses »	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Lecture des étiquettes ».....	<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 <input type="checkbox"/> 12 séances de sophrologie....	<input type="checkbox"/>
Prendre soin des pieds	Collective	<input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Soins des pieds ».....	<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	