PROGRAMME DIABÈTE GESTATIONNEL

Projet Personnalisé d'Éducation (PPE)

NOM - Prénom Patient .....

Numéro Adhérent .....

Date de naissance .....

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant ⇩	
Gérer les signes d'alerte et les situation à risque	Individuelle	☐ 1 à 5 séances (para)médicales.....	☐
Mieux vivre son alimentation	Individuelle	☐ 1 à 4 séances nutritionnelles *(sous conditions particulières)*.....	☐

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***	

ERET VIRE
Antenne territoriale de l'Espace Régional d'Éducation Thérapeutique de Basse-Normandie
Centre Hospitalier de Vire - 4 rue Émile Desvaux - BP 80156 - 14504 Vire Cedex
Tél. 02 31 67 46 47 - Fax. 02 31 67 46 66 - Email : eret@ch-vire.fr
WWW.ERETBN.ORG

ERET
Espace Régional d'Éducation Thérapeutique
VIRE