

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 « Diabète gestationnel »..... | <input type="checkbox"/> |
| Gérer les signes d'alerte et les situations à risque | Collective <input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Traitement et surveillance glycémique »..... | <input type="checkbox"/> |
| | Individuelle <input type="checkbox"/> 1 à 5 séances (para)médicales..... | <input type="checkbox"/> |
| Mieux vivre son alimentation | Collective <input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Équilibre alimentaire »..... | <input type="checkbox"/> |
| | Individuelle <input type="checkbox"/> 1 à 4 séances nutritionnelles (<i>sous conditions particulières</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> | |