

N° dossier :	Nom	Prénom	Date de naissance :
--------------	-----	--------	---------------------

Synthèse du diagnostic éducatif (obstacles /facilités)

Date : • • • • •	Objectifs négociés	Objectif atteint ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
---------------------------------	--------------------	--

ATELIERS :	A FAIRE	FAIT	COMMENTAIRES
Je gère mes traitements et les effets indésirables.	☐	☐	
Je gère les effets indésirables (toxicités cutanées, mucite, HTA)	☐	☐	
Je gère les effets indésirables (troubles digestifs et hématologiques)	☐	☐	
Ou j'en suis avec ma maladie, mes symptômes : fatigue, douleur	☐	☐	
Mon quotidien : alimentation, loisirs, activité physique	☐	☐	
Mon quotidien : activité professionnelle, mon entourage, les démarches administratives, mes droits, les associations, mes projets	☐	☐	
	☐	☐	
	☐	☐	

Date de début de traitement: molécule :	Projet personnalisé éducatif réalisé le : Nom Prénom du Professionnel : Signature M/Mme Accepte ce projet personnalisé éducatif : Date et signature :
--	--

Je soussigné Dr

☐ Valide la proposition du projet thérapeutique ci-dessus