

NOM - Prénom Patient

Numéro Adhérent

Date de naissance

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant	↓
Cycle MSA	☐ 6 ateliers de groupe - « Connaître sa maladie » - « Facteurs de risque » - « Signes d'alerte » - « Traitement » - « Équilibre alimentaire » - « Bienfaits de l'activité physique »		☐
	Séances optionnelles	☐ 18 séances d'activité physique ou ☐ 12 séances de sophrologie	☐

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>	