

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 « Obésité »..... <input type="checkbox"/>
Mieux vivre sa maladie	Collective	<input type="checkbox"/> Groupe de parole « Troubles de comportement alimentaire »..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Groupe de parole « Soutien au changement »..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rencontre avec des associations de patients..... <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 / Graisses » <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Lecture des étiquettes » <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Module « Bilan et retour sur objectifs » (4 séances)..... <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 12 séances de sophrologie <input type="checkbox"/>
Chirurgie de l'obésité	Collective	<input type="checkbox"/> Module « Modalités d'intervention chirurgicale » (4 séances)..... <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>	