

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"/>
	Collective <input type="checkbox"/> Atelier de groupe « Repérer les glucides ».....	<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 (sous conditions particulières).....	<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>	