NOM - Prénom Patient

Numéro Adhérent Date de naissance

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant ↓
Connaître sa maladie	Collective ☐ Atelier de groupe « Insuffisance cardiaque ».....	☐
Gérer les signes d'alerte ou les situations à risque	Collective ☐ Atelier de groupe « Hypertension artérielle ».....	☐
	Individuelle ☐ 1 à 3 séance (para)médicales.....	☐
Mieux vivre sa maladie	Collective ☐ Module « Valorisation de l'image de soi » (4 ateliers de groupe)....	☐
	Individuelle ☐ Évaluation psychologique.....	☐
Mieux vivre son alimentation	Collective ☐ Atelier de groupe « Alimentation pauvre en sel ».....	☐
	Individuelle ☐ 1 à 4 séances nutritionnelles (sous conditions particulières).....	☐
Adapter son activité physique	Collective ☐ Atelier de groupe « Bénéfices de l'activité physique ».....	☐
	☐ 18 séances d'activité physique (certificat médical obligatoire)	☐
Séance optionnelle hors-programme (1 seul choix possible)	Collective ☐ Atelier de groupe « Connaitre sa maladie - Diabète »	☐
	☐ Atelier de groupe « Hyperglycémie et complications ».....	☐
	☐ Atelier de groupe « Auto surveillance et hypoglycémie ».....	☐
	☐ Échange d'expériences sur la gestion du diabète au quotidien.....	☐
	☐ Atelier de groupe « Soins des pieds ».....	☐
	Individuelle ☐ Bilan podologique de grade 0 et I	☐

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>	