

NOM - Prénom Patient

Numéro Adhérent

Date de naissance

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant	↓
Cycle MSA	<input type="checkbox"/> 6 ateliers de groupe		<input type="checkbox"/>
	- « Connaître sa maladie »		
	- « Facteurs de risque »		
	- « Signes d'alerte »		
	- « Traitement »		
	- « Équilibre alimentaire »		
	- « Bienfaits de l'activité physique »		
Séances optionnelles <i>I seul choix possible</i>	<input type="checkbox"/> Module « Bilan diététique et retour sur objectifs » (4 séances).....		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Module « Troubles du comportement alimentaire ».....		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 18 séances collectives d'activité physique ou 12 séances collectives de sophrologie		<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>	