



PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE D'INCLUSION PATIENT

Patient adressé par :

Médecin traitant :

(si différent du professionnel de santé incluant)

Informations sur le patient :

NOM - Prénom :

Date de naissance : / /

(Facultatif)

N° Rue CP Ville

Tel fixe : Tel portable :

ATCD majeurs :

.....

Taille : ____ , ____ m Poids : _____ kg IMC : _____

Sédentarité : Non Oui

Tabac : Non Oui

Je souhaite que ce patient débute un programme éducatif dans le cadre de :

(Cochez la case souhaitée)

- Surpoids de l'enfant**
- Surpoids de l'adulte**
- Diabète**
- HTA traitée**
- HYPERCHOLESTEROLEMIE
HYPERTRIGLYCERIDEMIE**
- Insuffisance Rénale Chronique**
DFG de 30 à 60 ml/mn/1.73m²
- Ostéoporose**
- Autre : (plusieurs programmes sont en cours de développement, nous vous tiendrons informé de l'évolution de nos programmes dès qu'ils seront validés)**

Cachet et/ou signature

Je prends acte que je serai informé par l'éducateur thérapeute référent du contenu, du déroulement puis de l'évaluation finale du parcours individualisé de ce patient.

