

- Demande d'inclusion au sein d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient -

Merci de cocher le programme que vous souhaitez que votre patient(e) intègre :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Surpoids et obésité de l'adulte | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Surpoids et obésité de l'enfant (<i>programme <u>Poiplume</u></i>) | <input type="checkbox"/> Bien vivre avec son diabète |

Je vous confie, Mme, Mr, né(e) le / /, pour prise en charge dans le cadre du parcours d'Education Thérapeutique du Patient.

Coordonnées du patient :
.....

Pour le programme « Poiplume »

A ce jour :

Poids : kg Taille : m IMC : kg.m-2

A la naissance :

Poids : kg Taille : m

Âge du rebond :

Facteurs ayant déclenché la prise de poids :
.....
.....

Pour les programmes « Bien vivre avec son diabète » / « Surpoids et obésité de l'adulte » / « Ostéoporose »

A ce jour :

Poids : kg Taille : m IMC : kg.m-2

HbA1C : %

Traitements :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autres problèmes de santé :
.....

Difficultés psychosociales :
.....

Prise en charge antérieures :
.....

Antécédents familiaux de surpoids/d'obésité :
.....

Fait à

Le ... / ... / ...

Signature :

Cachet du professionnel de santé



CERTIFICAT MEDICAL D'INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES

Je soussigné(e), Docteur, certifie que l'état de santé de

Nom : Prénom : Né(e) le / /

est compatible avec la pratique d'Activités Physiques Adaptées, proposée dans le cadre du parcours d'Education Thérapeutique du Patient Poiplume (surpoids et obésité infantile).

Je l'autorise en conséquence à pratiquer :

- Activités physiques et sportives progressives et régulières,

En évitant :

.....

Précautions particulières : appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurosensoriel (vision, audition, équilibre). Contre-indications. Activités sportives déconseillées.

Fait à :

Le : / /

Cachet du médecin / Signature :