

- 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.

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