

Demande d’inclusion

parcours d’éducation thérapeutique « Ostéoporose »

*Je vous confie Mr Mme……………………………………………………………………………, né(e) le …..… /….… /…..... Tel : …………………………*

* **Circonstances de découverte :**

*......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* **Traitement**

*......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* **Difficultés rencontrées en lien avec la pathologie**

*......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Facteurs de risques associés

*......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Autres problèmes de santé :

*..................................................................................................................................................................................................*

*....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Cachet du médecin

A*...............................................* le *……………………*

Signature