



N° .....

Pathologie :  Diabète  Maladie respiratoire  Obésité  Maladie cardiovasculaire  
 Cancer  Autre :

Inclusion /actualisation le \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

Par .....

Entretien initial / Reprise le \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

Par .....

Entretien de fin de parcours le \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

Par .....

Adressé par .....

Accès PMR à prévoir  oui

**IDENTITÉ**

Nom d'usage .....

Nom de naissance .....

Prénom .....

Score ÉPICES : .....

Date de naissance \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Sexe  F  M  Non genré

Adresse .....

CP : .....

Ville .....

Téléphone .....

Compagnie d'assurance/assurance maladie/complémentaire santé

Médecin traitant .....

NOM .....

Spécialistes .....

**ETP À DISTANCE**

**AIDANTS**

Adhésion à la visio  oui  non

Nom .....

Mail .....

Prénom .....

Compétence numérique

Lien .....



Adresse .....

Qualité de connexion  Bonne  Moyenne  Mauvaise

CP .....

Possibilité de s'isoler  oui  non

Ville .....

Équipement  téléphone  ordinateur  tablette

Tél .....

Autres précisions .....

Mail .....

**REMARQUES**

.....  
.....  
.....  
.....



ÉPICES : [Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé]  
est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité

LIEN VERS SCORE ÉPICES DEPUIS UN ORDINATEUR [calcul automatique du score]

Calculez manuellement le score

**OUI** si la **réponse est positive**, prenez en compte le **nombre de points** [situé la fin de la question].

Il peut être négatif ou positif

**NON** si la **réponse est négative**, comptez **0 point** et passez à la question suivante

OUI/ NON

- |   |           |  |
|---|-----------|--|
| • Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? .....   | [ 10,06 ] |  |
| • Bénéficiez-vous d'une assurance santé complémentaire ? .....  | [-11,83 ] |  |
| • Vivez-vous en couple ? .....  | [-8,28 ]  |  |
| • Êtes-vous propriétaire de votre logement ? .....  | [-8,28 ]  |  |
| • Y-a-t-il des périodes dans le mois durant lesquelles vous rencontrez de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins ? .....               | [ 14,80 ] |  |
| • Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? .....  | [-6,51 ]  |  |
| • Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? .....   | [-7,10 ]  |  |
| • Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? .....   | [-7,10 ]  |  |
| • Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? .....                     | [-9,47 ]  |  |
| • En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? ..... | [-9,47 ]  |  |
| • En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? .....             | [-7,10 ]  |  |

**TOTAL DES POINTS [A]**

**CONSTANTE [B]**

**75,14**

**SCORE ÉPICES : TOTAL DES POINTS [A] + CONSTANTE [B]**

Le score varie de 0 [absence de précarité] à 100 [maximum de précarité].  
Le seuil définissant la précarité est fixé à 30.

Le patient n'a pas souhaité répondre au questionnaire

## DOSSIER

NOM .....

ENTRETIEN INITIAL / DE REPRISE DU .....

N° .....

PRÉNOM .....

ENTRETIEN DE FIN DE PARCOURS DU .....

### DONNÉES SOCIO-PROFESSIONNELLES "PARLEZ-MOI DE VOUS ?"

❶ Situation familiale

❷ Profession, scolarité

❸ Loisirs

❹ Difficultés socio-économiques

### SANTÉ GLOBALE " COMMENT ALLEZ-VOUS ? "

❶ Votre état de santé global [*où en êtes-vous dans votre santé ?*]

❷ Vos maladies, leur histoire [*date et circonstance de découverte, vécu de l'annonce, évolution, qu'en savez-vous*]

❸ Les maladies dans la famille

❹ Les addictions ou conduites à risques

# DOSSIER

N° .....

## IMPACT DE VOTRE SANTÉ SUR VOTRE VIE ET VOS PROJETS

- ❶ Travail, activités de la vie quotidienne
- ❷ Vie sociale et familiale *[Quels soutiens, aides au quotidien ?]*
- ❸ Loisirs et activités récréatives
- ❹ Projets de vie *[voyage, travail, enfant, construction, etc.]*

## TRAITEMENTS " COMMENT VOUS SOIGNEZ VOUS ? "

- ❶ Les médicaments
- ❷ L'alimentation
- ❸ L'activité physique
- ❹ Le suivi de la maladie, les examens, les consultations



PLANETH Patient

# MA SANTÉ, J'EN SUIS OÙ ?

DOSSIER

N° .....

Né.e le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tuteur .....

Copie adressée à :  .....  .....

Entretien initial / de reprise du .....

Entretien de fin de parcours du .....

MON OBJECTIF SANTÉ PRIORITAIRE	MOYENS ENVISAGÉS POUR Y RÉPONDRE	ÉVOLUTION EN FIN DE PARCOURS
MES AUTRES OBJECTIFS SANTÉ	MOYENS ENVISAGÉS	ÉVOLUTION EN FIN DE PARCOURS

## MES ATELIERS

### Échelle d'évaluation des compétences



NÉ : non évalué

EI : entretien initial

EFP : entretien de fin de parcours

Au maximum 6 ateliers sont proposés initialement, d'autres pourront être proposés dans un second temps.

Ref.	Nom de l'atelier	Modalités	Évaluation	
		<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP ...../5
		<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP ...../5
		<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP ...../5
		<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP ...../5
		<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP ...../5
		<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP ...../5

Fait le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Coordonnées du référent

À :



PLANETH Patient

# PROJET PERSONNALISÉ ÉDUCATIF • PPE

DOSSIER

N° .....

Né.e le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Tuteur .....

Copie adressée à :  .....  .....

## SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN INITIAL / DE REPRISE

## SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN DE FIN DE PARCOURS

### SUITE À DONNER

Parcours de renforcement "Ma santé, j'en prends soin" [complétez un PPE de suivi]

Fin de parcours ETP : orientation vers [précisez] .....

Autre [précisez] .....