



N°

Pathologie : Diabète Maladie respiratoire Obésité Maladie cardiovasculaire
 Autre :

Inclusion /actualisation le __ / __ / 20 __

Par

Entretien initial / Reprise le __ / __ / 20 __

Par

Entretien de fin de parcours le __ / __ / 20 __

Par

Adressé par

IDENTITÉ

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom

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

Adhésion à la visio oui non

Mail

Compétence numérique



Qualité de connexion Bonne Moyenne Mauvaise

Possibilité de s'isoler oui non

Équipement téléphone ordinateur tablette

Autres précisions

AIDANTS / REFERENTS

Nom

Prénom

Lien

Adresse

CP

Ville

Tél

Mail

REMARQUES

DOSSIER

NOM

ENTRETIEN INITIAL / DE REPRISE DU

N°

PRÉNOM

ENTRETIEN DE FIN DE PARCOURS DU

Cochez les éléments évoqués au fur et à mesure de la conversation

<input type="checkbox"/> ①  Logement	<input type="checkbox"/> ②  Budget Finance	<input type="checkbox"/> ③  Travail	<input type="checkbox"/> ④  Droits	<input type="checkbox"/> ⑤  Temps libre Loisirs	<input type="checkbox"/> ⑥  Administratif
<input type="checkbox"/> ⑦  Ménage, bricolage, cuisine,...	<input type="checkbox"/> ⑧  Déplacements	<input type="checkbox"/> ⑨  Regards des autres	<input type="checkbox"/> ⑩  Vie sociale Amis	<input type="checkbox"/> ⑪  Famille Enfants	<input type="checkbox"/> ⑫  Vie affective et sexuelle
<input type="checkbox"/> ⑬  Alimentation	<input type="checkbox"/> ⑭  Hygiène	<input type="checkbox"/> ⑮  Santé Maladie	<input type="checkbox"/> ⑯  Addictions	<input type="checkbox"/> ⑰  Croyances Spiritualité	<input type="checkbox"/> ⑱  Moral Humeur
<input type="checkbox"/> ⑲  Traitements Soins	<input type="checkbox"/> ⑳  Activité physique	<input type="checkbox"/> ㉑  Écrans	<input type="checkbox"/> ㉒  Sommeil	<input type="checkbox"/> ㉓  École Études	<input type="checkbox"/> ㉔  Stress

ÉLÉMENT CHOISI :

Objectif :

À l'aide des cartes « entretien » vous pouvez choisir l'atelier ou une autre orientation qui vous correspond.

Atelier choisi :

À l'aide des cartes « compétences » vous pouvez vous autoévaluer.

Évaluation :/5

ÉLÉMENT CHOISI :

Objectif :

Atelier choisi :

Évaluation :/5

ÉLÉMENT CHOISI :

Objectif :

Atelier choisi :

Évaluation :/5

ÉLÉMENT CHOISI :

Objectif :

Atelier choisi :

Évaluation :/5



Monsieur Madame Né.e le __ / __ / ____
 Tuteur
Copie adressée à :

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN INITIAL / DE REPRISE

Le patient s'est adressé à PP/a été adressé vers PLANETH Patient pour :

.....
.....

Lors de l'entretien, le patient évoque des problématiques concernant :

.....
.....

Concernant ces problématiques, le patient a pour projet de :

.....
.....

Pour ce projet, les ressources suivantes ont été évoquées :

.....
.....

Les freins à ce projet pourraient être :

.....
.....

Pour ce projet, les étapes peuvent être :

.....
.....

À l'issue du programme, le patient souhaiterait :

.....
.....

Lors de l'entretien, les éléments suivants ont également été évoqués mais n'ont pas été sélectionnés comme souhaitant être évoqués prioritairement par le patient :

.....
.....

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]

Fait, le __ / __ / 20 __

Coordonnées du référent

À :