



N°

Pathologie : Asthme Obésité Autre :

Inclusion le ___ / ___ / ___ Par

Entretien initial le ___ / ___ / ___ Par

Entretien de fin de parcours ___ / ___ / ___ Par

Adressé.e par Etablissement fréquenté Classe

Accès PMR à prévoir oui

IDENTITÉ

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom

Date de naissance __ / __ / ____ Sexe F M Non genré

Adresse

CP : Ville

Téléphone

Médecin traitant Compagnie d'assurance/assurance maladie/complémentaire santé
NOM

Spécialistes

RESPONSABLE LÉGAL

RESPONSABLE LÉGAL

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Lien

Lien

Adresse

Adresse

CP

CP

Ville

Ville

Tél

Tél

Mail

Mail

Mes disponibilités

Les disponibilités de mes parents, proches

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



Enfant Né.e le __ / __ / ____

Responsable légal

Responsable légal

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 FIN DE PARCOURS

SUITE À DONNER

Fin de parcours ETP

Parcours de renforcement "Ok avec ma santé" [complétez un PPE de suivi]

Orientation vers Normandie Pédiatrie Obésité [NPO]

Autre [précisez].....

Fait, le __ / __ / ____

Coordonnées du référent

À :