



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]