



N° .....

Pathologie :  Asthme  Obésité  Autre :

Inclusion le \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_ Par .....

Entretien initial le \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_ Par .....

Entretien de fin de parcours \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_ Par .....

Adressé.e par ..... Établissement 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

DOMAINE CHOISI :

Objectif :

« À l'aide des cartes compétences vous pouvez choisir l'atelier ou une autre orientation qui vous correspond (RECTO des cartes) et vous autoévaluer (VERSO des cartes). »

Atelier choisi	Modalités	Evaluation	
	<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP : ..... /5

DOMAINE CHOISI :

Objectif :

Atelier choisi	Modalités	Evaluation	
	<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP : ..... /5

DOMAINE CHOISI :

Objectif :

Atelier choisi	Modalités	Evaluation	
	<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP : ..... /5

DOMAINE CHOISI :

Objectif :

Atelier choisi	Modalités	Evaluation	
	<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP : ..... /5





Enfant ..... Né.e le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Responsable légal .....

Responsable légal .....

Copie adressée à :  .....  .....

**SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN INITIAL**

L'enfant a été adressé vers PLANETH Patient pour :  
.....  
.....

Lors de l'entretien, il évoque des problématiques concernant :  
.....  
.....

Concernant ces problématiques, il 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, il 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 \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

Coordonnées du référent

À :



Enfant ..... Né.e le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Responsable légal .....

Responsable légal .....

Copie adressée à :  .....  .....

Entretien de renforcement du.....  Entretien de fin de parcours du.....

MES OBJECTIFS

ÉVOLUTION

1		
2		
3		
4		

MES ATELIERS DE RENFORCEMENT

**Au maximum 3 ateliers** sont proposés dans le parcours de renforcement

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

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN DE RENFORCEMENT

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN DE FIN DE PARCOURS

SUITE À DONNER

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

Fait, le \_\_ / \_\_ / 20 \_\_  
À :

Coordonnées du référent