

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

Nom _____

Prénom _____

Lien _____

Adresse _____

CP _____

Ville _____

Tél _____

Mail _____

RESPONSABLE LÉGAL

Nom _____

Prénom _____

Lien _____

Adresse _____

CP _____

Ville _____

Tél _____

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



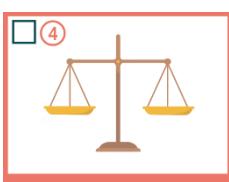
Logement



Budget
Finance



Travail



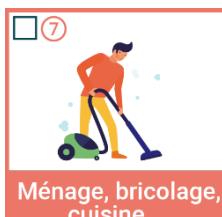
Droits



Temps libre
Loisirs



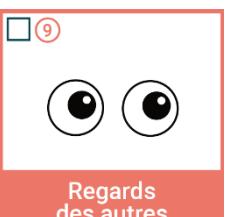
Administratif



Ménage, bricolage,
cuisine,...



Déplacements



Regards
des autres



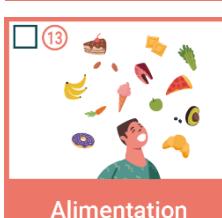
Vie sociale
Amis



Famille
Enfants



Vie affective
et sexuelle



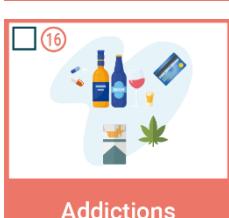
Alimentation



Hygiène



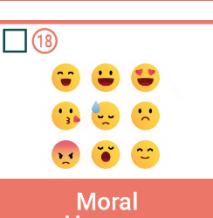
Santé
Maladie



Addictions



Croyances
Spiritualité



Moral
Humeur



Traitements
Soins



Activité physique



Écrans



Sommeil



École
Études



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 individuel <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en collectif | EI : /5 EFP : /5 |

DOMAINE CHOISI :

Objectif :

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

DOMAINE CHOISI :

Objectif :

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

DOMAINE CHOISI :

Objectif :

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

DOSSIER

Nº

NOM

ENTRETIEN INITIAL / DE REPRISE DU

PRÉNOM _____

ENTRETIEN DE FIN DE PARCOURS DU

NOTES / ÉLÉMENTS ÉVOQUÉS :



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