

DOSSIER

N°

Pathologie : Diabète Maladie respiratoire Obésité Maladie cardiovasculaire
 Autre :

Inclusion /actualisation le ___ / ___ / _____

Par

 Entretien initial / Reprise le ___ / ___ / _____

Par

 Entretien de fin de parcours le ___ / ___ / _____

Par

Adressé par

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

Adhésion à la visio oui non

Mail

Compétence numérique Qualité de connexion Bonne Moyenne MauvaisePossibilité de s'isoler oui nonÉquipement 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

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 en présentiel	Evaluation	
	<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en collectif <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



PLANETH Patient

PROJET PERSONNALISÉ ÉDUCATIF • PPE

DOSSIER

N°

Monsieur Madame Né.e le __ / __ / ____

Tuteur

Copie adressée à :

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN INITIAL

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 __ / __ / ____

À :

Coordonnées du référent



PLANETH Patient

PPE DE SUIVI

DOSSIER

N°

 Monsieur Madame Né.e le __ / __ / ____

 Tuteur

 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 A DONNER

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

 Fait, le __ / __ / ____
 À :

Coordonnées du référent