

## 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 .....

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 : ..... /3	EFP : ..... /3

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 : ..... /3	EFP : ..... /3

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 : ..... /3	EFP : ..... /3

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 : ..... /3	EFP : ..... /3





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 : ..... /3	EFP ...../3
	<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /5	EFP ...../3
	<input type="checkbox"/> @ distance <input type="checkbox"/> en présentiel <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> en collectif	EI : ..... /3	EFP ...../3

## 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