



Éducation Thérapeutique

INSCRIPTION D'UN PATIENT

Demande faite le :

Par :

FORMULAIRE A ENVOYER

par messagerie sécurisée Resomel®

ou par fax au **03.85.27.52.58**

LE PATIENT

Nom / Prénom :	Tél :
Date de naissance :	Médecin traitant :
Adresse :	Autre médecin référent :

Cochez la case correspondante

PATHOLOGIE (Programme)	CRITÈRES / ÉLÉMENTS D'ORDRE MÉDICAL
<input type="checkbox"/> ASTHME / BPCO (ABCd'air)	Patients porteurs d'une BPCO et/ou un asthme à partir de 6 ans OU dans certaines périodes à risques (grossesse)
<input type="checkbox"/> DIABETE TYPE II (EDIAM)	Patients diabétiques non insulino-dépendants
<input type="checkbox"/> INSUFFISANCE CARDIAQUE (ERIC)	<p>Mode de décompensation cardiaque</p> <p><input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> IVD <input type="checkbox"/> IC Globale</p> <p>Type d'Insuffisance Cardiaque</p> <p><input type="checkbox"/> à FEVG altérée <input type="checkbox"/> à FEVG conservée <input type="checkbox"/> mixte</p> <p>Etiologie de la myocardopathie</p> <p><input type="checkbox"/> ischémique <input type="checkbox"/> valvulaire <input type="checkbox"/> idiopathique</p> <p><input type="checkbox"/> HTA, Diabète <input type="checkbox"/> autre, préciser :</p>

ANTÉCÉDENTS MEDICAUX-COMORBIDITÉS-REMARQUES (vous pouvez joindre un compte-rendu)

.....

.....

.....

.....

.....

<p>Cadre réservé à ResoVal</p> <p><input type="checkbox"/> 1^{ère} rencontre programmée le :</p> <p><input type="checkbox"/> Refus du patient</p> <p>Commentaires :</p>
--

Ce formulaire et les dates des prochains ateliers d'ETP sont disponibles sur le www.resoval.fr