



Éducation Thérapeutique

INSCRIPTION D'UN PATIENT

Demande faite le :

Par :

FORMULAIRE A ENVOYER
 par messagerie sécurisée
pta71.etp@bourgogne.mssante.fr
 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 diagnostiqués BPCO et/ou 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><u>Mode de décompensation cardiaque</u></p> <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> IVD <input type="checkbox"/> IC Globale <p><u>Type d'Insuffisance Cardiaque</u></p> <input type="checkbox"/> à FEVG altérée <input type="checkbox"/> à FEVG conservée <input type="checkbox"/> mixte <p><u>Etiologie de la myocardiopathie</u></p> <input type="checkbox"/> ischémique <input type="checkbox"/> valvulaire <input type="checkbox"/> idiopathique <input type="checkbox"/> HTA, Diabète <input type="checkbox"/> autre, préciser :

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

.....

.....

.....

.....

.....

Cadre réservé à PTA MACON (ResoVal)

1^{ère} rencontre programmée le :

Refus du patient

Commentaires :