

**Bilan Educatif Partagé
ou Diagnostic Educatif**

Date :

Qui êtes-vous ?

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques :

Situation de famille :

Composition de la famille :

Activité professionnelle :

Autres activités ou centres d'intérêt :

Aidants :

Votre santé, votre maladie...

Si hospitalisation, motif :

Antécédents médicaux :

Antécédents familiaux :

Quelle note donneriez-vous à votre santé, actuellement ? Entre 0 et 10.

(0_ 1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_)

Quelle note donneriez-vous à votre moral ? Entre 0 et 10.

(0_ 1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_)

Quelle est selon vous votre principale maladie ?

Pouvez-vous l'expliquer ?

Date et circonstance :

Quelles en sont les conséquences sur votre vie quotidienne ?

Comment pensez-vous que cette maladie va évoluer ?

Votre suivi médical...

Médecin généraliste ?

Coordonnées :

Autres professionnels de santé consultés régulièrement ?

Fréquence des bilans, des contrôles ?

Suivi cardiovasculaire	Oui	Non
------------------------	-----	-----

Suivi podologique	Oui	Non
-------------------	-----	-----

Suivi ophtalmique	Oui	Non
-------------------	-----	-----

Bilan sanguin :

Votre traitement

Le connaissez- vous ?

Traitement :

Le prenez-vous régulièrement ?

Remarques par rapport au traitement :

Votre hygiène de vie

Poids :

Taille :

IMC :

Variation de poids :

Les raisons :

Activités physiques :

Tabagisme :

Que faites-vous pour votre alimentation ?

Pensez-vous utile de changer quelque chose à votre alimentation ? Et pourquoi ?

Votre (vos) projet(s)...

Y a-t-il un projet qui vous tient à cœur ? Délai ?

Vos envies et façons d'apprendre...

Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez savoir ou apprendre à faire pour mieux prendre en charge votre maladie ?

Avez-vous déjà reçu des informations ?

Comment souhaiteriez-vous apprendre ?
Seul / collectivement

Autres :

Synthèse

Principales préoccupations de santé pour le patient : (Informations, aide, préoccupations, projets, motivation, acceptation de la maladie, déni ?...)

Atouts pour le patient :

Difficultés rencontrées :

Objectifs priorités et négociés :

Programme Personnalisé d'éducation thérapeutique

Consentement signé du patient oui non

Suivi individuel diététique	<input type="checkbox"/>	Ateliers diététiques	<input type="checkbox"/>
Suivi individuel IDE	<input type="checkbox"/>	Ateliers IDE	<input type="checkbox"/>
Autre suivi	<input type="checkbox"/>	Ateliers Activité physique	<input type="checkbox"/>