




# CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE

BP 219 - Avenue Pasteur - 76200 DIEPPE CEDEX

 02. 32. 14. 76. 76.

N°FINESS 760780023

## DOSSIER D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

**Ce dossier appartient à :** .....

Adresse : .....

.....

 : ..... portable : .....

**Médecin référent à l'Hôpital :**

.....

.....

**Infirmière d'éducation :** .....

**Médecin traitant :** .....

Adresse : .....

.....

 : .....

**Infirmière libérale :** .....

Adresse :

.....

 : .....

**Prestataire de service :** .....

 : .....



# DIAGNOSTIC EDUCATIF

Nom : .....

Date et heure :

Fonction : .....

Signature

## Connaissance du patient

Ancienneté de la maladie : .....

Type de maladie : .....

Traité par : .....

depuis : .....

Suivi par : .....

Education déjà suivie (où et par qui)

Complications liées à la maladie

ATCD

## Situation socio professionnelle

Profession (rythme/horaire/physique/travail en groupe ou individuel/études/retraite)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Activités physiques

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Situation familiale

.....  
.....

Handicaps (lunettes, compréhension) et autonomie

.....  
.....  
.....  
.....

Environnement du patient

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Religion

.....  
.....

# Connaissance de la maladie

Connaissances de la maladie

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Croyances, représentations, conceptions

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Mécanismes de la maladie

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Rôle et mode d'action du traitement

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Efficacité du traitement

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Utilité de l'éducation

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**Identification de la population** : .....

**Objectif** : rendre le patient autonome dans la prise en charge de sa pathologie

**Objectif de sécurité :**

.....  
.....

**Objectifs spécifiques :**

➤ .....

➤ .....

➤ .....

➤ .....

➤ .....

➤ .....

➤ .....

**Documents :**

- Consentement du patient au programme d'éducation thérapeutique
- Charte de confidentialité du programme d'éducation thérapeutique
- Charte de déontologie du programme d'éducation thérapeutique



## **Programme d'éducation thérapeutique**



## **Fiches d'éducation thérapeutique**





## **Evaluation et comptes-rendus**



## Transmissions interprofessionnelles

Dates	Observations	Nom et signature



## Echanges soignants/soignés

**Notez ici toutes vos difficultés, préoccupations, questions**

Dates	



## Mes rendez-vous

**Vous êtes attendu le :**

.....  
.....  
.....  
.....

---

**Vous êtes attendu le :**

.....  
.....  
.....  
.....

---

**Vous êtes attendu le :**

.....  
.....  
.....  
.....

---

**Vous êtes attendu le :**

.....  
.....  
.....  
.....

---

**Vous êtes attendu le :**

.....  
.....  
.....  
.....

---

**Vous êtes attendu le :**

.....  
.....  
.....  
.....