

Renforcer  
le pouvoir  
d'agir

# Education Thérapeutique Sud Gironde

## Participer à un programme ou contacter les équipes

### 1 - A compléter par le professionnel qui oriente le patient vers un programme

**Nom et profession du professionnel qui oriente:**

Date de l'orientation :    /    /

Nom du patient :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :    Mail :

Date de naissance :    /    /

Je coche le ou les programme(s) recommandé(s)	
<input type="checkbox"/> Asthme	05 56 39 38 75
<input type="checkbox"/> Diabète	05 56 92 34 83
<input type="checkbox"/> Maladies Cardiovasculaires	05 56 01 83 19
<input type="checkbox"/> Préparation à la perte de poids (IMC>30)	05 56 32 95 51
<input type="checkbox"/> Poly pathologie TELE ETP	05 56 47 86 66
<input type="checkbox"/> Poly pathologies (Obésité, diabète, MCV)	05 56 32 95 51
<input type="checkbox"/> Polipato, des ateliers pour mieux vivre avec nos artères	07 69 92 79 42
<input type="checkbox"/> Parkenville, Maladie de Parkinson (Patient et aidant)	05 57 31 01 29
<input type="checkbox"/> Patients psychiatriques stabilisés : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Mangeons bien, vivons mieux !</li><li>○ Parcours vers l'autonomie (schizophrénie)</li><li>○ Ma maladie bipolaire</li><li>○ Mon addiction et moi !-</li></ul>	05 56 76 54 95

### 2 - A compléter par le médecin :

- Je déclare être informé que le patient désigné ci-dessus, souhaite participer à un programme d'éducation thérapeutique et qu'il est porteur d'une ou plusieurs pathologies chroniques :
- Dans le cas où le programme propose des ateliers APA, je certifie que le patient ne présente aucune contre-indication à la pratique d'une activité physique encadrée par un professionnel formé en activité physique adaptée santé dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique :
- Marche                       Gym douce

Observations complémentaires :

**Date, cachet et signature du Médecin :**

**3 - Pour des informations, pour m'inscrire, j'appelle le numéro correspondant au programme vers lequel je suis orienté(e)**

# Comment utiliser cette feuille de liaison ?

## Je suis le médecin traitant ou un médecin spécialiste référent du patient

Pour orienter un patient ou/et son entourage :

- ⇒ je complète la partie 1 et la partie 2,
- ⇒ je remets la fiche d'orientation au patient,
- ⇒ je lui demande de téléphoner au numéro correspondant au programme vers lequel il est orienté pour obtenir des renseignements et s'inscrire s'il le désire.

## Je suis un professionnel social ou médico-social ou un autre professionnel accompagnant le patient dans son parcours de santé

Pour orienter un patient ou/et son entourage :

- ⇒ je complète la partie 1 et je remets la fiche d'orientation au patient,
- ⇒ je lui demande d'en parler avec son médecin traitant et de faire compléter la partie 2,
- ⇒ je lui demande de téléphoner au numéro correspondant au programme vers lequel il est orienté, après avoir fait compléter la partie 2 de sa feuille d'orientation, pour obtenir des renseignements et s'inscrire s'il le désire.

## Je suis un patient

Pour participer à un programme:

- ⇒ je (*le patient ou l'aidant*) fais compléter les parties 1 et 2 par le médecin traitant
- ⇒ Je téléphone au numéro inscrit en face du programme que j'ai choisi ou vers lequel je suis orienté.

