



Nom :

Prénom :

DDN :

	DIAB-eCARE Centre du diabète Centre Medicina-Rockefeller 64 Avenue Rockefeller 69008 Lyon Courriel : diabecare.contact@chu-lyon.fr Téléphone : 04.26.73.93.10	
---	---	---

Programmation de la séquence de soin : Parcours ETP

Date de la demande :

<u>PATIENT</u>		<u>MEDECIN DEMANDEUR :</u>
Nom :		Nom / Prénom :
Prénom :		
Date de naissance :		
Sexe :		
Tel :		

Motif de la Demande :

Motif de la Demande :

☐ **Prise en charge Psychologue** : ☐ 1er RDV - ☐ RDV de suivi : ... / ... / ...

PARCOURS ETP JE DECOUVRE MON DIABETE *Programme initial pour acquisition de connaissances*

<i>(Programme initial pour acquisition de connaissances)</i> <input type="checkbox"/> Technique de glycémie capillaire <input type="checkbox"/> Technique d'injection et adaptation de dose <input type="checkbox"/> Système de mesure continue du glucose	<input type="checkbox"/> Revue manipulation pompe à insuline <input type="checkbox"/> Gestion des hypoglycémies <input type="checkbox"/> Gestion des hyperglycémies <input type="checkbox"/> Que mettre dans mon assiette (diététicienne) <input type="checkbox"/> Evaluer la teneur en glucides de mes repas (diététicienne)	RDV IDE et / ou DIETE 1h ... / ... / ...
---	---	---

PARCOURS ETP MON QUOTIDIEN *Programme de suivi pour reprise connaissances*

<input type="checkbox"/> Diabète et Autogestion <input type="checkbox"/> Technique de glycémie capillaire <input type="checkbox"/> Technique d'injection et adaptation de dose <input type="checkbox"/> Système de mesure continue du glucose <input type="checkbox"/> Revue manipulation pompe à insuline <input type="checkbox"/> Gestion des hyperglycémies : <input type="checkbox"/> INDIVIDUEL / <input type="checkbox"/> COLLECTIF <input type="checkbox"/> Gestion de Hypoglycémies : <input type="checkbox"/> INDIVIDUEL / <input type="checkbox"/> COLLECTIF	RDV IDE 1h ... / ... / ...
<input type="checkbox"/> Diabète et alimentation <input type="checkbox"/> Gestion des lipides <input type="checkbox"/> Gestion des glucides <input type="checkbox"/> Equilibre alimentaire	RDV DIETE 1h ... / ... / ...
<input type="checkbox"/> Diabète et Activité Physique <input type="checkbox"/> Niveau découverte <input type="checkbox"/> Niveau expérimenté <input type="checkbox"/> Niveau confirmé	RDV APA 1h ... / ... / ...

PARCOURS ETP INSULINOTHERAPIE

Nom :

Prénom :

DDN :

<input type="checkbox"/> Module 1 (Découverte) Insulinothérapie Fonctionnelle <input type="checkbox"/> Module 2 (Gestion des repas) <input type="checkbox"/> Module 3 (Au quotidien) <input type="checkbox"/> INDIVIDUEL <input type="checkbox"/> COLLECTION	RDV DIETE 1h ... / ... / ...
<input type="checkbox"/> Diabète type 1 et Ramadan (2h)_(Collectif)	<input type="checkbox"/> Groupe ... / ... / ...
<input type="checkbox"/> Diabète et risques cardio-vasculaires (2h)_(Collectif)	<input type="checkbox"/> Groupe ... / ... / ...
Entretien Motivationnel (Individuel)	
<input type="checkbox"/> Entretien motivationnel en vue d'un parcours ETP (Créer parcours MOCA) <input type="checkbox"/> Entretien motivationnel en vue du télé-suivi (Informé le médecin et IDEC par Mail suite au premier RDV)	<input type="checkbox"/> RDV avec personne formée à EM ... / ... / ...
Groupes de parole (2h) (Collectif)	
<input type="checkbox"/> Adultes <input type="checkbox"/> Adolescents / jeunes adultes <input type="checkbox"/> Temps scolaire <input type="checkbox"/> Diabète et grossesse <input type="checkbox"/> Aidants : Conjoint/Parent/Autre <input type="checkbox"/> Diabète et Sport <input type="checkbox"/> Alimentation et Sport	Date d'inscription : ... / ... / ...