

N°

DIAGNOSTIC EDUCATIF INITIAL

Date :

Référente PREVAL

O
 DIAB

ALD CMU avec complémentaire santé sans complémentaire santé Autre

NOM **Prénom**..... N° de Sécurité Sociale :

Date de naissance :Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Médecin traitant :Charte :.....O/ N

Situation familiale : Enfants à charge.....

Emploi..... Accompagnant Envoyé (e) par :

Bilan médical : à faire remplir par votre médecin généraliste pour pouvoir débiter la prise en charge

PREVAL

(Plan Personnalisé de Santé)

Facteurs de Risques Cardio-Vasculaires Modifiables		FRCV Non Modifiables
Mesures Poids : Taille : IMC : Tr de Taille : Tension Artérielle : BIOLOGIE date :	<input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 <input type="checkbox"/> Diabète de type 1 <input type="checkbox"/> Hypercholestérol <input type="checkbox"/> Stress	AGE : SEXE : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Antécédents Médicaux <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> IDM <input type="checkbox"/> Angor <input type="checkbox"/> Artérite Antécédents familiaux : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/> Maladie Cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladie Ophtalmologique
Habitudes de vie <input type="checkbox"/> Tabac Sevré..... <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Sédentarité		

Antécédents personnels :

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement en cours

Cholestérol HTA

Diabète Dépression.....

Sommeil Apnée du sommeil.....

Autre :

Signature et cachet du médecin traitant : Date

* **Cocher cette case certifie que votre patient(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique d'une activité physique**

Orientation envisagée pour votre patient :

Programme Diabète

Programme Obésité

Modules optionnels complémentaires :

Module Bien-être

Module Santé et HTA

Module Activité Physique Adaptée*
- Aquagym
- Marche
- Ergocycle
- Gymnastique douce

Merci de barrer, si nécessaire, celle(s) non adaptée(s)

Module Diététique Pratique

Module Osez Ensemble

Motivation (sera remplie par le professionnel PREVAL)

Diététique : Déní Dilemme Action Maintien Rechute

Activité physique Déní Dilemme Action Maintien Rechute

Autres (tabac, alcool, stress etc.....) : Déní Dilemme Action Maintien Rechute

Bilan infirmier :

Date :

Niveau de risque cardio-vasculaire ressenti par le patient :

Connaissance du traitement

OUI

NON

Observance du traitement

OUI

NON

Possède un appareil de mesure pour HTA, pour Diab

OUI

NON

Auto- surveillance

OUI

NON

Score connaissance cardio-vasculaire/diabète avant les ateliers :

Commentaires / Complications éventuelles /Suivi de la maladie :

Sommeil :

Suivi podologique : Grade 0 Grade 1 Grade 2 Grade 3 Score connaissance : application :

Nécessité de suivi vers un professionnel de santé : Contact En cours Réalisé

Bilan diététique :

Date :

Score : Connaissances diététiques :

Habitudes de consommation :

Comportement alimentaire :

Histoire de la prise pondérale, régime, prise en charge :

Objectifs de changement :

Bilan activité physique :

Date :

Niveau d'activité physique : moins de 10 min/jr entre 10 et 20 min/jr plus de 30 min /jr

Score pré test :

Loisirs/Inscription club de sport :

Commentaires :

Structure relais envisagée :

Contact

Inscrit

Objectifs de changement

Bilan psycho-social :

Isolement OUI NON

Score bien-être :

Score stress : 0 ————— 5 ————— 10

Sore qualité de vie :

Occupations /centre intérêt :

Commentaires :

Nécessité de mettre en place un suivi et une aide / orientation vers structure sociale :

Contact

En cours

Réalisé