

Parcours Maladies Chroniques Education Thérapeutique du FICHE D'INCLUSION

Partage des Informations

oui non

La personne concernée donne son accord (ou n'exprime pas d'opposition) article D6327-1 CSP, à un partage d'information strictement nécessaires à la coordination de son parcours ETP avec les professionnels participants à sa prise en charge (art.L1110-4 CSP). la personne concernées est informée qu'elle peut exercer son droit d'opposition à tout moment, en adressant un mail à l'adresse etp@asso-lyre.fr

Date et signature de la personne concernée ou du représentant légal:

DATE DE LA DEMANDE

/ /

ORIGINE DE LA DEMANDE

- Patient
 Profession libérale
 Hôpital
 Famille/entourage (lien):

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom-Prénom

Nom JF

Genre M F NG

Date de naissance / /

Lieu de naissance

Téléphone

E mail

Adresse

Code postal

Ville

Statut marital Célibataire En couple

Enfants à charge / personnes au domicile

Activité professionnelle oui non

Profession

Etudiant oui non

Retraité oui non

Logement Maison Appartement

Etage

Ascenseur oui non

Langue parlée si non francophone

COMMENTAIRES

ENVIRONNEMENT

Personnes référentes /entourage/aidant principal

oui

non

Nom Prénom

Lien

Tel et mail

Nom Prénom

Lien

Tel et mail

Curatelle

oui

non

Professionnels correspondants

Médecin traitant

Médecin Spécialiste

ALD

oui

non

MUTUELLE

oui

non

N° SS

PARCOURS ETP (Parcours adultes)

Parcours diabète type II

ALD*

oui

non

Parcours diabète gestationnel

ALD*

oui

non

Parcours BPCO

ALD*

oui

non

Parcours obésité

• Copie ALD à transmettre

IMC 30 < 35

IMC > 35

Première inclusion parcours ETP

oui

non