

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

N°CODE PATIENT :

NOM Prénom du PATIENT :

NOM Prénom du REFERENT :
 NOM Prénom du REFERENT Réseau :
 NOM Prénom du MEDECIN TRAITANT :

ETAPE N°1

Définir les OBJECTIFS avec le patient

| | |
|------------------|--|
| Objectifs | |
| •Médicaux | |

| | |
|------------------|--|
| Objectifs | |
| •Educatifs | |
| •Sociaux | |
| •Autres | |

Date PPS Initial :

ETAPE N°2

Définir les ACTIONS avec le patient

| ACTIONS au sein réseau Savédiab | ACTIONS hors réseau Savédiab |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bilan initial | Endocrinologue <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bilan annuel | Ophtalmologue <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Suivi diététique | Cardiologue <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bilan podologique | Néphrologue <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Suivi infirmier | Résadh73 ou autres structures d'addictologie <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Suivi psychologique | Structure sociale (assistant social) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Activité physique adaptée (APA) | Autres <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------------------------|---|
| Séances collectives | <i>Thématique(s) choisie(s) avec le patient :</i> |
| Actions | <i>Si vous souhaitez détailler ces actions :</i> |

Réponse du médecin traitant en cas de désaccord (l'absence de réponse dans les deux semaines signe l'accord avec les actions proposées).

Je ne suis pas d'accord avec les actions proposées :

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

| |
|----------------------------------|
| N°CODE PATIENT : |
| NOM Prénom du PATIENT : |
| NOM Prénom du REFERENT : |
| NOM Prénom du REFERENT Réseau : |
| NOM Prénom du MEDECIN TRAITANT : |

Date du SUIVI DU PPS à 6 MOIS :

| | |
|---|---|
| Actions du PPS entreprises (à préciser) | Actions du PPS non entreprises (à préciser) |
|---|---|

Commentaires :

Date PPS Initial :

DATE du BILAN DU PPS à 1 AN :

| | |
|---|--|
| Actions entreprises dans l'année ▪ frein ▪ levier | |
| Actions non entreprises dans l'année ▪ frein ▪ levier | |
| Souhais du patient pour la suite du PPS | |
| Commentaires du référent sur la suite du PPS | |

Suites à donner (cadre réservé au réseau) :



Reconduction du PPS



Arrêt du réseau



Autre (préciser) :

