ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE DE REPRISE DE CONTACT – ETP À DISTANCE | COVID-19

Nom Prénom du patient ..... **Nom du référent** ..... **N° tel du référent** ..... **Date de l'entretien** .....

COMMENT VIVEZ-VOUS LA SITUATION ACTUELLE ?

QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTREZ-VOUS ?

❶ **En général**
❷ **Et avec votre maladie, votre santé**

COMMENT VOUS SOIGNEZ-VOUS ?

❶ **Votre traitement**
❷ **Votre activité physique**
❸ **Votre alimentation**
❹ **Vos suivis**

DANS CE CONTEXTE, DE QUELLE(S) AIDES AVEZ-VOUS BESOIN ?

❶ **Ressources d'ores-et-déjà mobilisées**
❷ **Autres aides nécessaires ?**
Souhaitez-vous que nous participions à cette aide ?

PLAN PERSONNALISÉ ÉDUCATIF

Mes objectifs :

☐ **Renvoi vers le médecin traitant ou un autre professionnel :**

☐ **Séances individuelles et/ou collectives :**
Vécu du confinement et de l'après :
☐ Vécu du confinement et après ☐ Me protéger
☐ Améliorer mon bien-être

Suivi de la maladie :
☐ Activité physique et sédentarité
☐ Ma santé, je continue d'en prendre soin ☐ Adapter mon alimentation

☐ **Autre :** (association de patients, …)

Les séances collectives sont à privilégier.
Néanmoins, si le patient refuse ou n'est pas équipé pour les séances collectives en visioconférence, des séances individuelles sont possibles.

Choix : ☐ Téléphone ☐ Visioconférence