

# Éducation Thérapeutique du patient (ETP)

Nom/Prénom du patient : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Téléphone : .....

Ville : .....

Adressé par :

Nom :

N°ADELI/RPPS :

Pathologie(s) du patient :

Asthme (adulte/enfant)

BPCO

HTA

DTI      DT2      DG

SAS

Surpoids/obésité modérée

Autre(s) précisez .....